



PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA PARA VIVIENDA
SOLICITUD DE SELECCIÓN PREVIA
PROGRAMA DE REMISIÓN DE DESALOJOS DE TEXAS (TEDP)
POR FAVOR, ENVÍE SOLAMENTE UNA SOLICITUD POR HOGAR

(Los formularios completos pueden enviarse por fax al 214-819-6085 o mediante un enlace de correo electrónico seguro proporcionado por el asistente social)

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL TRIBUNAL

- A. Tribunal remitente*:
- B. Número de expediente*:
- C. Número de teléfono de contacto del tribunal*:
- D. Correo electrónico de contacto del tribunal*:

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL ARRENDADOR

- A. Nombre:
(Apellido*) (Inicial del segundo nombre) (Nombre*)
- B. Número de identificación de contribuyente (TIN) del arrendador (SSN o EIN de 9 dígitos)*:
- C. Información de contacto: Teléfono*: Correo electrónico:
- D. Dirección*: Apto. N.º:
Ciudad*: Estado*: Código postal*: Condado:
- E. Nombre de la propiedad de alquiler:
- F. Dirección de la propiedad de alquiler*:
Ciudad*: Estado*: Código postal*: Condado*:

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL INQUILINO

- A. Nombre:
(Apellido*) (Inicial del segundo nombre) (Nombre*)
- B. Información de contacto: Teléfono*: Correo electrónico:
- C. Fecha de nacimiento*:
- D. Número de identificación emitido por el gobierno de EE. UU. (DL, ID, pasaporte)*:

SECCIÓN IV: ASISTENCIA ACTUAL A TRAVÉS DE OTRAS ENTIDADES

- A. Actualmente recibe asistencia o vive en alguno de los siguientes (✓): SÍ NO
(En caso afirmativo, seleccione qué tipo de asistencia está recibiendo)
- Vivienda pública
 - Cupón de Elección de Vivienda (Sección 8)
 - Participantes del Programa de Cupones para Vivienda Basada en Proyectos
 - Otras entidades o programas (nombre del proveedor de asistencia):

SECCIÓN V: INFORMACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA

- A. Tipo de vivienda: Alquiler Hipoteca
- B. Dirección: _____ Apto. N.º: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____
(Comprobante de residencia: se exigirá una identificación con foto en la admisión)

SECCION VI: INFORMACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES

- A. Total de miembros del hogar, incluido el solicitante: _____
- B. Ingresos familiares mensuales antes del impacto económico debido al COVID-19:
- Trabajo: monto mensual
 - SSI: monto mensual
 - Seguro por desempleo: monto mensual
 - Pensión: monto mensual
 - Seguridad Social: monto mensual
 - Otro: monto mensual

- C. Ingresos anuales totales de todos los familiares: _____

SECCIÓN VII: IMPACTO ECONÓMICO POR EL COVID-19

- A. Ingresos familiares afectados por el COVID-19 (el impacto debe ser desde el 1 de abril de 2020 o luego de esa fecha):
 SÍ NO
En caso afirmativo, impacto debido a (✓): Pérdida de trabajo Reducción de ingresos
- B. La pérdida de trabajo o la reducción de ingresos causó el incumplimiento de pago del alquiler o de la hipoteca:
 SÍ NO
- En caso afirmativo, fecha del impacto: _____
(Se exigirá un comprobante de impacto en la admisión)

SECCIÓN VIII: EXENCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

- Certificación: certifico que la información anteriormente declarada es cierta y exacta; entiendo que la información anterior, en caso de ser tergiversada o incompleta, puede ser motivo de negación o de sanciones, tal como lo especifica la ley.

Por favor, firme escribiendo su nombre en el cuadro de firma a continuación:

Firma

Fecha