

# Solicitud de prevención de desalojo

La ciudad de Baltimore se compromete a brindar accesibilidad a todos los solicitantes. Si tiene preguntas sobre esta solicitud o necesita la solicitud en un formato diferente, comuníquese con la Asociación de Acción Comunitaria de la Ciudad de Baltimore al **(410) 545-0900** o a **eviction.prevention@baltimorecity.gov**.

El objetivo del Programa de Prevención de Desalojo de la ciudad de Baltimore es mantener a los residentes de la ciudad en sus hogares. Los residentes o las familias con un ingreso del 80 % o menos del ingreso medio del área (AMI) es elegible para presentar una solicitud. El programa brinda asistencia para rentas y servicios públicos vencidos, reubicación, asistencia legal y gestión de casos. Si cumple con los requisitos de ingresos, complete la solicitud lo mejor que pueda. Una vez que envíe la solicitud, el personal del Centro de la Asociación de Acción Comunitaria (CAP) trabajará con usted para determinar para qué tipo de asistencia es elegible y cuál es la que funciona mejor para usted.

Miembros del hogar	Límite de ingresos del hogar
1	\$ 54 950
2	\$ 62 800
3	\$ 70 650
4	\$ 78 500
5	\$ 84 800
6	\$ 91 100
7	\$ 97 350
8	\$ 103 650

## A. Applicant Information / Información del solicitante

Primary Applicant Name / Nombre del solicitante principal

Home Address / Domicilio de la casa

City & State / Ciudad y estado

Zipcode / Código postal

Mailing Address / Domicilio postal

City & State / Ciudad y estado

Zipcode / Código postal

Primary Applicant Phone Number / Número de teléfono del solicitante principal

Primary Applicant Email Address / Dirección de correo electrónico del solicitante principal

Emergency Contact Name / Nombre del contacto de emergencia

Emergency Contact Phone Number / Número de teléfono del contacto de emergencia:



# Solicitud de prevención de desalojo

## A. Applicant Information (continued) / Información del solicitante (continuación)

**Co-Applicant Name** (if applicable) / **Nombre del cosolicitante**  
(si corresponde)

**Home Address / Domicilio de la casa**

Line 1 / Línea 1

Line 2 / Línea 2

**City & State / Ciudad y estado**

**Zipcode / Código postal**

**Co-Applicant Phone Number** (if applicable) / **Número de teléfono del cosolicitante**  
(si corresponde)

**Co-Applicant Email Address** (if applicable) / **Dirección de correo electrónico del cosolicitante**  
(si corresponde)

**Why are you seeking assistance?** (Check all that apply) / **¿Por qué busca asistencia?** (Marque todas las opciones que correspondan).

Eviction Court Order / Orden judicial de desalojo

Unemployment / Desempleo

Payment Plan with Landlord

(tenant represented by attorney) /

Plan de pago con el arrendador

(arrendatario representado por abogado)

Medical Conditions / Afecciones médicas

Referred from TRS / Remitido por TRS

Other / Otro

Referred from Other / Remitido por otro

Overcrowded Housing / Hacinamiento

Limited access to federal benefits due to

immigrant status / Acceso limitado a

beneficios federales debido a

la condición de inmigrante

Homeless / Sin hogar

Unanticipated financial expense/crisis /

Crisis/gastos financieros imprevistos

### Additional Information / Información adicional

Are you scheduled to be evicted by the landlord/sheriff? / ¿Está programado que el arrendador/alguacil lo desaloje?

If yes, when? / En caso afirmativo, ¿cuándo?

Yes / Sí  No / No

Do you have an eviction case hearing coming up? / ¿Tiene una audiencia por un caso de desalojo próximamente?

If yes, when? / En caso afirmativo, ¿cuándo?

Yes / Sí  No / No

If yes, what is the case number? / En caso afirmativo, ¿cuál es el número de caso?

Is an organization preparing this application on your behalf? / ¿Alguna organización está preparando esta solicitud en su nombre?

Yes / Sí  No / No

If yes, what is the name of the organization (e.g. CASA of Maryland, SECDC, etc.) / En caso afirmativo, ¿cuál es el

nombre de la organización (p. ej. CASA of Maryland, Corporación de Desarrollo Comunitario del Sureste, SECDC, etc.)

If yes, what is the name of the individual preparing the application? / En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la persona que está preparando la solicitud?

How did you learn about the Eviction Prevention Program? / ¿Cómo se enteró del Programa de Prevención de Desalojo?



# Solicitud de prevención de desalojo

## B. Self Certification of Limited Household Resources (if applicable) / Autocertificación de recursos del hogar limitados (si corresponde)

Estamos obligados a pedir a los solicitantes que completen las siguientes declaraciones, si corresponden. Si estas declaraciones no corresponden a su caso, puede dejarlas en blanco y continuar con la solicitud.

**Primary Applicant Name / Nombre del solicitante principal**

**Principle Residence Rental Property Address / Domicilio de la propiedad de residencia principal rentada**

Line 1 / Línea 1

Line 2 / Línea 2

**Are you currently experiencing homelessness? / ¿Está usted actualmente sin hogar?**  Yes / Sí  No / No

Certifico, como jefe de hogar, que mi familia carece de recursos suficientes o redes de apoyo disponibles de inmediato para evitar que mi familia se traslade a un refugio de emergencia no designado o que normalmente las personas utilizan como alojamiento habitual para dormir (p. ej., automóviles, edificios abandonados, trenes estaciones, etc.).

Además, certifico que mi hogar cumple con una o más de las condiciones establecidas en el párrafo (1) (iii) de la definición de «en riesgo de quedarse sin hogar» establecida en el Código de Regulaciones Federales (CFR) 24 576.2, que se enumeran a continuación:

- (A) Has moved because of economic reasons two or more times during the 60 days immediately preceding the application for homelessness prevention assistance; / (A) Se ha mudado por razones económicas dos o más veces durante los 60 días inmediatamente anteriores a la solicitud de asistencia para la prevención de la falta de vivienda.
- (B) Is living in the home of another because of economic hardship; / (B) Vive en la casa de otra persona debido a dificultades económicas.
- (C) Has been notified in writing that their right to occupy their current housing or living situation will be terminated within 21 days after the date of application for assistance; / (C) Se le ha notificado por escrito que su derecho a ocupar la vivienda actual o situación de vida terminará dentro de los 21 días posteriores a la fecha de solicitud de asistencia.
- (D) Lives in a hotel or motel and the cost of the hotel or motel stay is not paid by charitable organizations or by Federal, State, or local government programs for low-income individuals; / (D) Vive en un hotel o motel, y el costo de la estadía en el hotel o motel no lo pagan las organizaciones benéficas ni los programas del gobierno federal, estatal o local para personas de bajos ingresos.
- (E) Lives in a single-room occupancy or efficiency apartment unit in which there reside more than two persons or lives in a larger housing unit in which there reside more than 1.5 persons reside per room, as defined by the U.S. Census Bureau; / (E) Vive en una habitación individual o en un monoambiente en el que residen más de 2 personas, o vive en una unidad de vivienda más grande en la que residen más de 1.5 personas por habitación, según lo define la Oficina del Censo de EE. UU.
- (F) Is exiting a publicly funded institution, or system of care (such as a health-care facility, a mental health facility, foster care or other youth facility, or correction program or institution); or / (F) Está saliendo de una institución o sistema de atención financiado con fondos públicos (como un centro de atención médica, un centro de salud mental, cuidado de acogida u otro centro para jóvenes, o un programa o institución correccional).
- (G) Otherwise lives in housing that has characteristics associated with instability and an increased risk of homelessness (Households with minor children earning less than 30% of area median income(AMI) and who lack the social support network to avoid housing instability); / (G) De otra manera, reside en una vivienda que tiene características asociadas con la inestabilidad y un mayor riesgo de quedarse sin hogar (hogares con hijos menores que ganan menos del 30 % del ingreso medio del área (AMI) y que carecen de la red de apoyo social para evitar la inestabilidad de vivienda).

**Signature / Firma**

**Date / Fecha**



# Solicitud de prevención de desalojo

## C. Household and Income Information (proof of income documentation required) / Información sobre el hogar y los ingresos (Se requiere comprobante de documentación de ingresos).

List all household members, including the applicant and co-applicant (if applicable).

If a household member does not have a Social Security Number (SSN), please list the household members Individual Taxpayer Identification Number (ITIN).

Enumere todos los miembros del hogar, incluidos el solicitante y el cosolicitante (si corresponde).

Si un miembro del hogar no tiene un número de Seguro Social (SSN), indique los números de identificación personal del contribuyente (ITIN) de los miembros del hogar.

Total Number of Household Members / Cantidad total de miembros del hogar

Total Number of Household Members 18 Years & Older / Cantidad total de miembros del hogar de 18 años o mayores

Please use the following choices for race code\* requested below / Utilice las siguientes opciones para el código de raza \* solicitado a continuación:

- 1: Black or African-American / de color o afroestadounidense
- 2: White / blanco
- 3: Hispanic / hispano
- 4: Asian, Hawaiian, or Pacific Islander / asiático, nativo hawaiano u originario de las islas del Pacífico
- 5: American Indian or Alaskan Native / indio estadounidense o nativo de Alaska
- 6: Multi-Racial / multirracial

First and Last Name / Nombre y apellido	Birth Date (mm/dd/yyyy) / Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Relation to Applicant / Relación con el solicitante	Social Security Number or ITIN Number / Número de Seguro Social o número ITIN
---	--	---	---

Ex / Ej. JANE DOE / JUANA PÉREZ	02 04 1975	APPLICANT / SOLICITANTE	555 55 5555
---------------------------------	------------	-------------------------	-------------

Gender / Sexo:  Male / Masculino  Female / Femenino U.S. Citizen / Ciudadano de EE. UU.:  Yes / Sí  No / No

Veteran / Veterano:  Yes / Sí  No / No Race Code\* / Código de raza\*:

Sexual Orientation / Orientación sexual:  Education Level / Nivel educativo:

Marital Status / Estado civil:

Employed / Empleado:  Yes / Sí  No / No Returning Citizen / Ciudadano que se reincorpora:  Yes / Sí  No / No

Disabling Condition / Afeción discapacitante:  Yes / Sí  No / No

Income Source / Fuente de ingresos	Phone Number (if employer) / Número de teléfono (si es empleador)	Monthly Income / Ingreso mensual
------------------------------------	---	----------------------------------

SMITH'S GROCERY STORE / TIENDA DE ALIMENTOS SMITH	(555) 555 5555	\$700/MONTH / \$ 700/MES
---	----------------	--------------------------

(attach proof of income for past 30 days) / (Adjunte comprobante de ingresos de los últimos 30 días).

First and Last Name / Nombre y apellido	Birth Date (mm/dd/yyyy) / Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Relation to Applicant / Relación con el solicitante	Social Security Number or ITIN Number / Número de Seguro Social o número ITIN
---	--	---	---

1			
---	--	--	--

Gender / Sexo:  Male / Masculino  Female / Femenino U.S. Citizen / Ciudadano de EE. UU.:  Yes / Sí  No / No

Veteran / Veterano:  Yes / Sí  No / No Race Code\* / Código de raza\*:

Sexual Orientation / Orientación sexual:  Education Level / Nivel educativo:

Marital Status / Estado civil:

Employed / Empleado:  Yes / Sí  No / No Returning Citizen / Ciudadano que se reincorpora:  Yes / Sí  No / No

Disabling Condition / Afeción discapacitante:  Yes / Sí  No / No

Income Source / Fuente de ingresos	Phone Number (if employer) / Número de teléfono (si es empleador)	Monthly Income / Ingreso mensual
------------------------------------	---	----------------------------------

--	--	--

(attach proof of income for past 30 days) / (Adjunte comprobante de ingresos de los últimos 30 días).



# Solicitud de prevención de desalojo

	Birth Date (mm/dd/yyyy) / Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Relation to Applicant / Relación con el solicitante	Social Security Number or ITIN Number / Número de Seguro Social o número ITIN
<b>2</b>			
Gender / Sexo: <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino      U.S. Citizen / Ciudadano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Veteran / Veterano: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Race Code* / Código de raza*: <input type="text"/> Sexual Orientation / Orientación sexual: <input type="text"/> Education Level / Nivel educativo: <input type="text"/> Marital Status / Estado civil: <input type="text"/> Employed / Empleado: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Returning Citizen / Ciudadano que se reincorpora: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Disabling Condition / Afeción discapacitante: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Income Source / Fuente de ingresos      Phone Number (if employer) / Número de teléfono (si es empleador)      Monthly Income / Ingreso mensual <input type="text"/>			
(attach proof of income for past 30 days) / (Adjunte comprobante de ingresos de los últimos 30 días).			
<b>3</b>			
Gender / Sexo: <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino      U.S. Citizen / Ciudadano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Veteran / Veterano: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Race Code* / Código de raza*: <input type="text"/> Sexual Orientation / Orientación sexual: <input type="text"/> Education Level / Nivel educativo: <input type="text"/> Marital Status / Estado civil: <input type="text"/> Employed / Empleado: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Returning Citizen / Ciudadano que se reincorpora: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Disabling Condition / Afeción discapacitante: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Income Source / Fuente de ingresos      Phone Number (if employer) / Número de teléfono (si es empleador)      Monthly Income / Ingreso mensual <input type="text"/>			
(attach proof of income for past 30 days) / (Adjunte comprobante de ingresos de los últimos 30 días).			
<b>4</b>			
Gender / Sexo: <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino      U.S. Citizen / Ciudadano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Veteran / Veterano: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Race Code* / Código de raza*: <input type="text"/> Sexual Orientation / Orientación sexual: <input type="text"/> Education Level / Nivel educativo: <input type="text"/> Marital Status / Estado civil: <input type="text"/> Employed / Empleado: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Returning Citizen / Ciudadano que se reincorpora: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Disabling Condition / Afeción discapacitante: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Income Source / Fuente de ingresos      Phone Number (if employer) / Número de teléfono (si es empleador)      Monthly Income / Ingreso mensual <input type="text"/>			
(attach proof of income for past 30 days) / (Adjunte comprobante de ingresos de los últimos 30 días).			

# Solicitud de prevención de desalojo

	Birth Date (mm/dd/yyyy) / Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Relation to Applicant / Relación con el solicitante	Social Security Number or ITIN Number / Número de Seguro Social o número ITIN				
<b>5</b>							
<p>Gender / Sexo: <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino      U.S. Citizen / Ciudadano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Veteran / Veterano: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Race Code* / Código de raza*: <input style="width:50px;" type="text"/></p> <p>Sexual Orientation / Orientación sexual: <input style="width:100px;" type="text"/>      Education Level / Nivel educativo: <input style="width:150px;" type="text"/></p> <p>Marital Status / Estado civil: <input style="width:150px;" type="text"/></p> <p>Employed / Empleado: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Returning Citizen / Ciudadano que se reincorpora: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Disabling Condition / Afeción discapacitante: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Income Source / Fuente de ingresos      Phone Number (if employer) /      Monthly Income / Ingreso Número de teléfono (si es empleador) mensual</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:40%; height: 20px;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> </table> <p>(attach proof of income for past 30 days) / (Adjunte comprobante de ingresos de los últimos 30 días).</p>							
	Birth Date (mm/dd/yyyy) / Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Relation to Applicant / Relación con el solicitante	Social Security Number or ITIN Number / Número de Seguro Social o número ITIN				
<b>6</b>							
<p>Gender / Sexo: <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino      U.S. Citizen / Ciudadano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Veteran / Veterano: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Race Code* / Código de raza*: <input style="width:50px;" type="text"/></p> <p>Sexual Orientation / Orientación sexual: <input style="width:100px;" type="text"/>      Education Level / Nivel educativo: <input style="width:150px;" type="text"/></p> <p>Marital Status / Estado civil: <input style="width:150px;" type="text"/></p> <p>Employed / Empleado: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No      Returning Citizen / Ciudadano que se reincorpora: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Disabling Condition / Afeción discapacitante: <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Income Source / Fuente de ingresos      Phone Number (if employer) /      Monthly Income / Ingreso Número de teléfono (si es empleador) mensual</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:40%; height: 20px;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> </table> <p>(attach proof of income for past 30 days) / (Adjunte comprobante de ingresos de los últimos 30 días).</p>							

# Solicitud de prevención de desalojo

## D. Non-Cash Benefits / Beneficios no monetarios

For all non cash benefits, please indicate the source and the approximate monthly amount. / Para todos los beneficios no monetarios, indique la fuente y el monto mensual aproximado.

**Snap/Food Stamps / Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)/cupones para alimentos** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

**Primary Adult Care / Atención primaria para adultos** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

**WIC / Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

**Child Care Services\* / Servicios de cuidado infantil\*** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

\*such as child care subsidy program vouchers / \* como vales del programa de subsidio para cuidado infantil

**Transportation Services\* / Servicios de transporte\*** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

\*such as medical assistance transportation, etc. / \* como transporte para asistencia médica, etc.

**Other TANF Funded Services / Otros servicios financiados por la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

**Public Housing\* / Vivienda pública\*** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

\*such as those provided by HABC, Rental Assistance Demonstration (RAD) projects, etc. / \* como las previstas por la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Baltimore (HABC), proyectos de demostración de asistencia para renta (RAD), etc.

**Temporary Rental Assistance / Asistencia para renta temporal** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

**Temporary Cash Assistance / Asistencia temporal en efectivo** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

**Permanent Supportive Housing / Vivienda de apoyo permanente** Monthly Amount: / Monto mensual:

- Yes / Sí  No / No  
 I don't know / No sé.  
 Refuse to answer / No quiero responder.

**Other (specify) / Otro (Especifique).** Monthly Amount: / Monto mensual:

## E. COVID-19 Impact / Efecto de la COVID-19

Please check each condition that applies to the leaseholder or other members of leaseholder household who have lost income due to the COVID-19 pandemic (check all that apply) / Marque cada condición que se aplique al arrendatario u otros miembros del hogar del arrendatario que hayan perdido ingresos debido a la pandemia de la COVID-19. (Marque todas las opciones que correspondan).

- Have been laid off temporarily or permanently / Han sido despedidos temporal o permanentemente.  
 Have had work hours reduced / Les han reducido las horas de trabajo.  
 Were about to start a new job but could not, or were terminated from a new job before establishing sufficient work history to be eligible for regular benefits. / Estuvieron a punto de comenzar un nuevo trabajo pero no pudieron o fueron despedidos de un nuevo trabajo antes de establecer suficiente historial laboral para ser elegible para los beneficios regulares.  
 Are self-employed, and their business is no longer supplying them with income or such income has been reduced. / Trabajan por cuenta propia y la empresa ya no les brinda ingresos o dichos ingresos se han sido reducido.



# Solicitud de prevención de desalojo

## F. COVID-19 Impact (continued) / Efecto de la COVID-19 (continuación)

- Are independent contractors or gig workers who have not been able to earn fees, or whose fees have been reduced. / *Son contratistas independientes o trabajadores colaborativos que no han podido obtener ingresos o cuyos honorarios se han reducido.*
- Have become sick themselves or have been advised by a governmental or medical professional to self quarantine. / *Se han enfermado ellos o un profesional médico o gubernamental les ha recomendado la autocuarentena.*
- Have had to leave a job or reduce hours in order to care for a person who is sick. / *Han tenido que dejar un trabajo o reducir las horas para poder atender a una persona enferma.*
- Have had to leave a job or reduce hours to care for dependents whose ordinary situations (such as school or daycare) have been disrupted. / *Han tenido que dejar un trabajo o reducir las horas para cuidar a dependientes cuyas situaciones ordinarias (como la escuela o la guardería) han sido interrumpidas.*
- Have reasonable concern over the risk of infection at work, for themselves or someone in their household. (Examples include individuals who themselves or live with someone who is elderly, have underlying conditions that render them more vulnerable, or are immunocompromised). / *Tienen una preocupación razonable por el riesgo de infección en el trabajo, para ellos o para alguien en su hogar. (Los ejemplos incluyen personas que viven con alguien mayor, tienen afecciones subyacentes que las hacen más vulnerables o están inmunocompetidas).*
- Have other conditions resulting in loss of income due to the COVID-19 pandemic. (Please describe below.) / *Tienen otras afecciones que resultan en la pérdida de ingresos debido a la pandemia de la COVID-19. (Incluya los detalles a continuación).*
- If you selected "Other," please describe the situation below. / *Si seleccionó «otro», describa la situación a continuación.*

**Please provide a short description of your COVID-19 Income Loss / Brinde una breve descripción de la pérdida de ingresos por la COVID-19.**

### Supporting documentation

Please provide COVID-19 Loss of income documentation such as letter from employer, description of loss of self-employment income, letter showing reduction in hours

### Documentación justificativa

Provea documentación de la pérdida de ingresos por la COVID-19, como una carta del empleador, una descripción de la pérdida de ingresos del trabajo independiente o una carta que muestra la reducción de horas.

## G. Health / Salud

Are you currently covered by health insurance? / ¿Actualmente tienes cobertura de algún seguro de salud?

¿Actualmente tienes cobertura de algún seguro de salud?

- Yes / Sí
- No / No

If Yes, what is your source of health insurance? / En caso afirmativo, ¿cuál es la fuente de seguro de salud?

- Medicaid
- Medicare
- State Children's Health Insurance Program / Programa Estatal de Seguros de Salud para Niños
- Veteran Administration (VA) Medical Services / Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)
- Employer-Provided Health Insurance / Seguro de salud provisto por el empleador
- Health Insurance obtained through COBRA / Seguro de salud obtenido a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)
- Private Pay Health Insurance / Seguro de salud de pago privado
- State Health Insurance for Adults / Seguro de salud estatal para adultos
- Indian Health Services Program / Programa de Servicios de Salud para Indígenas
- Other / Otro





# Solicitud de prevención de desalojo

## G. Health (continued) / Salud (continuación)

Do you or another household member use a wheelchair, walker or other device that limits ability to walk, climb stairs, use bathroom, etc? / ¿Usan usted u otro miembro del hogar una silla de ruedas, un andador u otro dispositivo que limite la capacidad para caminar, subir las escaleras, usar el baño, etc.?

- Yes / Sí
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

Are you a domestic violence survivor? / ¿Es usted un sobreviviente de violencia doméstica?

- Yes / Sí
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

If Yes, when did the experience occur? / En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia?

- Within the past 3 months / Dentro de los 3 últimos meses
- 3 to 6 months ago (excluding 6 months exactly) / Hace de 3 a 6 meses (exclusión de 6 meses exactamente).
- 6 months to 1 year ago (excluding 1 year exactly) / Hace de 6 meses a 1 año (exclusión de 1 año exactamente).
- 1 year ago or more / Hace 1 año o más.
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

If Yes, are you currently fleeing? / En caso afirmativo, ¿está huyendo actualmente?

- Yes / Sí
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

Do you have any of the following conditions?

If yes, please indicate if the condition is expected to be of long-continued and indefinite duration and substantially impairs your ability to live independently. / ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones? En caso afirmativo, indique si se espera que la afección sea de duración prolongada e indefinida, y afecte sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente.

**Alcohol Abuse / Abuso de alcohol**

- Yes / Sí
- Yes, condition is indefinite / Sí, la afección es indefinida.
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

**Drug Abuse / Abuso de drogas**

- Yes / Sí
- Yes, condition is indefinite / Sí, la afección es indefinida.
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

**Chronic Health Condition / Afección de la salud crónica**

- Yes / Sí
- Yes, condition is indefinite / Sí, la afección es indefinida.
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

**Mental Health Condition / Afección de salud mental**

- Yes / Sí
- Yes, condition is indefinite / Sí, la afección es indefinida.
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

**Developmental Disabilit / Discapacidad del desarrollo**

- Yes / Sí
- Yes, condition is indefinite / Sí, la afección es indefinida.
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.



# Solicitud de prevención de desalojo

## G. Health (continued) / Salud (continuación)

### Physical Disability / Discapacidad física

- Yes / Sí
- Yes, condition is indefinite / Sí, la afección es indefinida.
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

### HIV/AIDS / VIH/sida

- Yes / Sí
- Yes, condition is indefinite / Sí, la afección es indefinida.
- No / No
- I don't know / No sé.
- Refuse to answer / No quiero responder.

## H. Housing / Vivienda

### In what type of residence are you currently staying? / ¿En qué tipo de residencia vive actualmente?

- Hotel or motel paid for without emergency shelter voucher / Hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia
- Owned by client, no ongoing housing subsidy / Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda regular
- Owned by client, with ongoing housing subsidy / Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda regular
- Permanent housing for formerly homeless persons / Vivienda permanente para personas que anteriormente no tenían hogar
- Staying or living in a family member's room, apartment, or house / Estadía o permanencia en la habitación, el apartamento o la casa de un miembro de la familia
- Staying or living in a friend's room, apartment, or house / Estadía o permanencia en la habitación, el apartamento o la casa de un amigo
- Subletting a room from a leaseholder / Subarrendamiento de una habitación a un arrendatario
- Rental without a housing subsidy / Renta sin subsidio de vivienda
- Rental with VASH subsidy / Renta con subsidio de Viviendas de Apoyo de Asuntos de Veteranos (VASH)
- Rental with GPD TIP subsidy / Renta con subsidio de Subvención y Viáticos/Transición (GPD TIP)
- Rental with another housing subsidy / Renta con otro subsidio de vivienda
- Halfway house / Casa de rehabilitación
- Has had an eviction filed in the 12 months preceding March 2020 / Desalojo presentado en los 12 meses anteriores a marzo de 2020

### How long have you been residing in the residence? / ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la residencia?

- Less than 7 days / Menos de 7 días
- One week or more but less than one month / Una semana o más, pero menos de un mes
- One week or more but less than 90 days / Una semana o más, pero menos de 90 días
- 90 days or more but less than 1 year / 90 días o más, pero menos de 1 año
- One year or longer / Un año o más

### Landlord Name / Nombre del arrendador

### Landlord Phone Number / Número de teléfono del arrendador

### Landlord Email / Correo electrónico del arrendador

### Have you had an eviction filed in the 12 months preceding March 2020? / ¿Le han presentado un desalojo en los 12 meses anteriores a marzo de 2020?

- Yes / Sí     No / No



# Solicitud de prevención de desalojo

## I. Declaration of Zero Income (if applicable) / Declaración de ingreso nulo (si corresponde)

Instrucciones: Todos los miembros del hogar mayores de 18 años que no hayan tenido ingresos en los últimos 30 días deben firmar este formulario. Los ingresos incluyen, entre otros, salarios, trabajo independiente, Seguro Social, asistencia temporal en efectivo (TCA)/Programa de Asistencia Temporal para Discapacitados (TDAP) o desempleo. Cada persona que declara que no ha tenido ingresos en los últimos 30 días se denomina «declarante» y debe imprimir, firmar y fechar las líneas al final de este formulario.

**Primary Applicant Name / Nombre del solicitante principal**

I certify that I have had no income of my own during the past thirty (30) days, from  to

*Certifico que no he tenido ingresos propios durante los últimos treinta (30) días, del  al .*

Juro (o afirmo) que toda la información incluida en esta declaración es verdadera y correcta, y está completa según mi leal saber y entender.

Mi firma a continuación hace que esta declaración sea vinculante.

Cuando este formulario es completado por una persona que no sea el solicitante, los firmantes acuerdan informar a la Oficina del Éxito de Niños y Familias del alcalde de cualquier cambio del que tenga conocimiento sobre las circunstancias financieras del solicitante o su relación con el solicitante.

**Declarant's Name / Nombre del declarante**

**Declarant's Signature / Firma del declarante**

**Date / Fecha**

**Declarant's Name / Nombre del declarante**

**Declarant's Signature / Firma del declarante**

**Date / Fecha**

**Declarant's Name / Nombre del declarante**

**Declarant's Signature / Firma del declarante**

**Date / Fecha**

**Declarant's Name / Nombre del declarante**

**Declarant's Signature / Firma del declarante**

**Date / Fecha**

**Declarant's Name / Nombre del declarante**

**Declarant's Signature / Firma del declarante**

**Date / Fecha**

## J. Documents / Documentos

**Please include the following documents: / Incluya los siguientes documentos:**

- Photo ID of all Lease Holders / *Identificación con foto de todos los arrendatarios*
- Proof of Income of all Lease Holders (last 30 days if applicable) / *Comprobante de ingresos de todos los arrendatarios (últimos 30 días si corresponde)*
- Rental Lease (with applicants' name as lease holder) / *Contrato de arrendamiento (con los nombres de los solicitantes como arrendatarios)*



# Solicitud de prevención de desalojo

## K. Consent Form / Formulario de consentimiento

- I certify that I would like to apply to programs offered by the Mayor's Office of Children and Family Success (MOCFS) and the Baltimore City Community Action Partnership (BCCAP), including the CARES Act Back Rent Recovery Program and future Eviction Prevention programs, as well as other programs for which I may be eligible. Some of these programs, including the eviction prevention programs, require coordination with other agencies. / *Certifico que me gustaría presentar una solicitud para los programas ofrecidos por la Oficina del Éxito de Niños y Familias del alcalde (MOCFS) y la Asociación de Acción Comunitaria de la Ciudad de Baltimore (BCCAP), incluido el Programa de Recuperación de Renta Atrasada de la Ley de Ayuda, Asistencia y Seguridad Económica por el Coronavirus (CARES) y los futuros programas de prevención de desalojo, así como otros programas para los que pueda ser elegible. Algunos de estos programas, incluidos los programas de prevención de desalojo, requieren coordinación con otras agencias.*

Para agilizar el procesamiento de mi solicitud, comprendo que cualquier información que provea puede ser compartida con varias agencias/entidades asociadas con MOCFS. Autorizo la divulgación y el intercambio de cualquier información recopilada como parte del proceso de solicitud del programa de BCCAP y MOCFS con las siguientes agencias/entidades. He recibido una copia y comprendo la política de privacidad del programa de MOCFS. Designo a las entidades enumeradas a continuación para que sean mis responsables designadas para recibir cualquier información que brinde. Comprendo que esta información se colocará en una base de datos electrónica integral, a la que puede acceder la Oficina del Éxito de Niños y Familias del alcalde de la ciudad de Baltimore y las agencias/entidades que se enumeran a continuación:

- Asociación de Acción Comunitaria de la Ciudad de Baltimore
- Oficina de Servicios para Personas sin Hogar del alcalde de la ciudad de Baltimore
- Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de la ciudad de Baltimore
- Oficina de Asuntos de Inmigrantes del alcalde de la ciudad de Baltimore
- Oficina de Rendimiento e Innovación del alcalde de la ciudad de Baltimore
- United Way de Maryland Central
- Corporación de Desarrollo Comunitario del Sureste
- CASA of Maryland
- Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Baltimore
- Departamento de Servicios Sociales de Maryland
- Oficina de Asistencia Jurídica de Maryland
- Centro de Justicia Pública
- Colegio de Abogados de Maryland, Centro de Recursos Ad honorem
- Proyecto de Representación de Personas sin Hogar
- Centro de Derecho de la Discapacidad de Maryland
- Centro Latino de Desarrollo Económico
- City of Refuge
- Bon Secours
- Centro Franciscano
- New Vision
- Centro de Servicios para Veteranos Mosaic
- Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con Sida

- I understand that completing this certification is required to maintain compliance with the BCCAP Eviction Prevention Program and to obtain assistance under the BCCAP Eviction Prevention Program. / *Comprendo que se requiere completar esta certificación para mantener el cumplimiento con el Programa de Prevención de Desalojo de la Asociación de BCCAP y para obtener asistencia en virtud del Programa de Prevención de Desalojo de BCCAP.*
- I certify that the information presented in this application is true and complete. / *Certifico que la información presentada en esta solicitud es verdadera y está completa.*
- I consent to the sharing of such information with Participating Agencies as defined in this application, as my designees under the Maryland Public Information Act. / *Doy mi consentimiento para compartir dicha información con las agencias participantes según se definen en esta solicitud como mis responsables designados en virtud la Ley de Información Pública de Maryland.*
- I affirm that the foregoing certifications, representations and warranties are true, correct, and made by affidavit under penalties of perjury. / *Afirmo que las certificaciones, declaraciones y garantías anteriores son verdaderas y correctas, y se realizaron con juramento bajo pena de perjurio.*
- I understand that making false representations to the Department, or aiding another person in making false representations to the Department, may result in civil penalties and treble damages pursuant to Md. Code Ann., Gen. Prov§ 8-102 and/or criminal penalties pursuant to Md. Code Ann., Crim. Law§§ 8-503 and/or 9-101. / *Comprendo que hacer declaraciones falsas al departamento o ayudar a otra persona a hacer declaraciones falsas al departamento puede redundar en sanciones civiles y daños y perjuicios triples de conformidad con el Código Anotado de Maryland, disposición general § 8-102 o en sanciones penales de conformidad con el Código Anotado de Maryland, ley penal §§ 8-503 o 9-101.*

**Al firmar este formulario, designo a cada una de las agencias/entidades enumeradas anteriormente como mis responsables designadas conforme a la Ley de Información Pública de Maryland con capacidad para recibir información sobre mí en la misma medida que yo podría.**

**Applicant Signature / Firma del solicitante**

**Date / Fecha**

--	--	--	--

