



Departamento de Servicios Comunitarios y Humanos

AYUDA PARA EL PAGO DE ALQUILER PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS

Se adjunta una solicitud para el Programa de ayuda para el pago de alquiler **2025-2026**. Para poder optar a un subsidio de alquiler a través de este programa, rellene la solicitud y devuélvala lo antes posible junto con los documentos exigidos (consulte la lista de verificación) a:

Department of Community and Human Services (DCHS)
Office of Community Services-Attention: Samantha Huffman
4850 Mark Center Dr., 5th Floor
Alexandria, Virginia 22311
703-746-6085

Información sobre el programa

La Ayuda para el pago de alquiler ofrece asistencia **hasta** por 6.000 \$ al año a inquilinos de bajos ingresos, de avanzada edad y/o discapacitados de la Ciudad de Alexandria. Los pagos se distribuyen en mensualidades directamente depositadas a cada participante en el programa. Los fondos se pueden utilizar para cubrir cualquier necesidad del hogar.

Se aceptarán solicitudes durante todo el año. En caso de que el número de solicitantes aprobados supere el monto de los fondos destinados a este programa, los nuevos solicitantes se colocarán en una lista de espera. Cuando haya una vacante disponible para el programa, los solicitantes en la lista de espera serán priorizados según su historial de carencia de vivienda y/o necesidad de servicios de prevención/intervención por carencia de vivienda, su participación en otros programas dentro de DCHS, un elevado cociente entre renta e ingresos, y si ha sido beneficiario de Ayuda para el pago de alquiler.

Requisitos de elegibilidad

1. El solicitante debe tener 65 años de edad o más y/o estar total y permanentemente discapacitado según las normas del Seguro Social o presentar un formulario de certificación de discapacidad emitido por un médico con licencia profesional. *El formulario se facilitará a quien lo solicite
2. El solicitante debe haber sido residente de la Ciudad de Alexandria durante al menos 12 meses* antes de presentar la solicitud y debe ser un ocupante de la vivienda que se menciona en el contrato de arrendamiento, si no es el arrendatario.
3. El monto del alquiler debe cumplir con el requisito de razonabilidad del alquiler del HUD.
4. El ingreso bruto combinado total de todas las fuentes de todas las personas que viven en el hogar no excederá el 30% del AMI. Se conceden deducciones de \$ 12,700 de los ingresos brutos a las personas que cumplan los requisitos de discapacidad, según lo definido por la SSA o el proveedor de atención médica; y \$ 11,000 para los compañeros de habitación o parientes que no sean el cónyuge.
5. El patrimonio neto total combinado del solicitante no excederá los \$75,000.
6. Las personas que reciben subsidios de alquiler en virtud de la sección 8 u otros programas de subsidios federales, estatales o locales de la autoridad de vivienda no son elegibles.

*Exención para personas que salen de un refugio para personas sin hogar o que reciben servicios de prevención/intervención para personas sin hogar.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE AYUDA PARA EL PAGO DE ALQUILER

Por favor, incluya todas las verificaciones aplicables con su solicitud para evitar retrasos en el proceso de determinación. Utilice la siguiente lista como referencia. No es necesario devolver esta página.

1. Copia del contrato actual de arrendamiento financiero (leasing) o alquiler (página que tiene su nombre, monto del alquiler)
2. Verificación de ingresos para todas las fuentes de ingresos de **todas las personas** que residen en el hogar:

- Beneficios del Seguro Social y SSI (carta de adjudicación)
- Ingresos laborales (recibos de pago)
- Verificación o beneficios de jubilación
- Verificación de anualidades
- Beneficios de jubilación
- Ingresos por manutención de niños
- Beneficios de TANF
- Compensación por desempleo
- Ingresos de inquilinos de habitaciones
- Asistencia familiar u otra asistencia financiera constante
- Préstamos
- Declaración de impuestos
- Cualquier otro ingreso del hogar

3. Información de recursos para todas las personas que viven en el hogar:

- Cuenta corriente (estado de cuenta bancario más reciente)
- Estados de cuenta de ahorros o de cooperativas de crédito
- Copias de acciones, bonos o certificados de depósito
- Planes de pensiones, cuentas de jubilación, IRA
- Copias del valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con:

Samantha Huffman, Coordinadora del Programa
DCHS/Office of Community Services
703-746-6085
Samantha.Huffman@alexandriava.gov

Clara Roberson, Supervisora
DCHS/Office of Community Services
703-746-5942
Clara.Roberson@alexandriava.gov

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Usted debe informar a la Oficina de Servicios Comunitarios de cualquier cambio de ingresos, activos, alquiler o dirección dentro de los 10 días posteriores al cambio. Para informar cambios, llame al (703)746-6085 o envíe un correo electrónico a DCHSOCSSRRP@alexandriava.gov e incluya documentos de respaldo, si es posible.



Departamento de Servicios Comunitarios y Humanos

Ayuda para el pago de alquiler para personas mayores y discapacitadas Solicitud 2025-2026

Tenga en cuenta que las solicitudes tardan hasta cinco (7) días hábiles en procesarse, una vez que se proporcione toda la documentación. La presentación de solicitudes incompletas retrasará el proceso de determinación.

Información del solicitante

Nombre _____ Raza _____ Sexo _____

N.º de Seguridad Social. _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Código Zip _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

¿Años viviendo en Alexandria? _____

¿Cuál es su lengua materna? _____ ¿Cuál es su nivel educativo más alto? _____

¿Es usted discapacitado(a)? Sí No ¿Ha vivido sin hogar en el pasado? Sí No

¿Actualmente recibe un subsidio de alquiler? Sí No

(Por ejemplo, vales o certificados de vivienda pública o de la Sección 8)

Contacto de emergencia/beneficiario:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Código Zip _____

Información del cónyuge

Nombre del cónyuge _____ Raza _____ Sexo _____

N.º de Seguro Social del cónyuge _____ Fecha de nacimiento del cónyuge _____

¿Cuál es el nivel educativo más alto del cónyuge? _____

¿Su cónyuge es discapacitado(a)? Sí No

Completa TODAS las áreas

Por favor, indique la siguiente información para **TODAS las personas** que residen en su residencia que no sean usted y su cónyuge.

| Nombre | Relación | Núm. Seg. Social | Edad | Sexo | Fecha Nac. |
|--------|----------|------------------|------|------|------------|
|--------|----------|------------------|------|------|------------|

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Información del hogar

Indique su responsabilidad de alquiler mensual \$ _____

Nombre del complejo de apartamentos _____

¿Qué tipo de vivienda alquila? Casa Apartamento

¿Cuántas habitaciones? Apt. tipo estudio Apto de 1 dormitorio 2 dormitorios 3 dormitorios 4 dormitorios

¿Sus servicios públicos están incluidos en el alquiler? Sí No En caso negativo, ¿qué servicios públicos paga usted? _____

¿Cuánto gasta mensualmente en:

Servicios públicos \$ _____ Alimentos \$ _____ Teléfono \$ _____ Transporte \$ _____

Medicamentos \$ _____

¿Es beneficiario de los siguientes programas?:

Medicare Sí No **Medicaid** Sí No **Cupones de alimentos/SNAP** Sí No Si es así, monto \$ _____

Información de Ingresos

| Por favor, indique todos los ingresos suyos, de su cónyuge y de todos los demás miembros del hogar | Solicitante | Cónyuge | Nombre de otro miembro del hogar _____ | Nombre de otro miembro del hogar _____ | Nombre de otro miembro del hogar _____ |
|---|-------------|---------|---|---|---|
| Beneficios de Seguro Social | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Pensión | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Salario, bono y comisiones | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Anualidad de jubilación | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Pensión alimenticia/manutención de niños | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Ayuda con el alquiler | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Contribuciones de otros | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Ingresos por alquiler que recibe | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Intereses y dividendos (incluya bonos estatales/municipales) | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Otros ingresos (desempleo, pago por enfermedad, pagos por discapacidad, obsequios, herencias, TANF, etc.) | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Ingresos brutos totales | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |

Adjunte la hoja suplementaria si hay más de tres miembros adicionales en el hogar.

Información sobre el patrimonio neto

| Indique el valor de los bienes que usted, su cónyuge y otros miembros del hogar poseen: | Solicitante | Cónyuge | Nombre de otro miembro del hogar _____ | Nombre de otro miembro del hogar _____ | Nombre de otro miembro del hogar _____ |
|---|-------------|---------|---|---|---|
| Dinero en efectivo disponible | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |



Información sobre el patrimonio neto

| Indique el valor de los bienes que usted, su cónyuge y otros miembros del hogar poseen: | Solicitante | Cónyuge | Nombre de otro miembro del hogar | Nombre de otro miembro del hogar | Nombre de otro miembro del hogar |
|---|-------------|-----------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Cuentas corrientes | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Cuentas de ahorro | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Hipotecas sobre fideicomisos/pagarés/letras Pendiente de pago a mi favor | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Otros pagarés, letras y cuentas que se me adeudan | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Acciones cotizadas en bolsa y bonos | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Seguro de vida (valor en efectivo) | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Anualidad (valor en efectivo) | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Bienes raíces propios | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Valor justo de mercado de automóviles que posee | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Activos totales | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |

DECLARACIÓN

Declaro, con arreglo a las sanciones previstas por la ley, que he examinado la presente declaración jurada, los estados financieros y todos los anexos y documentación que los acompañan y que, a mi leal saber y entender, son veraces, correctos y completos. Con mi firma autorizo la revelación a esta agencia de toda la información necesaria tanto para la determinación como para la revisión de mi elegibilidad para este programa. Esta autorización es válida durante un año contado a partir de la fecha de mi firma, a continuación. *Cualquier persona que firme en nombre de un solicitante debe firmar con el nombre del solicitante e indicar su propio nombre, dirección y número de teléfono en el espacio provisto para el firmante, a continuación.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Debe informar a la Oficina de Servicios Comunitarios de cualquier cambio de ingresos, activos, alquiler o dirección dentro de los 10 días posteriores al cambio. Para informar sobre cambios, llame al (703)746-6085 o envíe un correo electrónico a DCHSOSRRP@alexandriava.gov e incluya documentos de respaldo, si es posible.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

*Preparador de Declaración jurada (firmante)

Fecha

*Dirección del Preparador de la declaración jurada

Complete todas las áreas