ESTADO DE NEVADA
DEPARTMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORÉS

☐ PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGIA
2527 N. Carson St. #260
Carson City, NV 89706-0147
Teléfono: (775) 684-0731 / FAX: (775) 684-0740

☐ PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGIA
3330 E. Flamingo Rd., #55
Las Vegas, NV 89121-4397
Teléfono: (702) 486-9591 / FAX: (702) 486-1441

VERIFICACION DE ALQUILER – *SOLO* APLICA A HOGARES QUE ALQUILAN

AUTORIZACION: Yo le autorizo que usted de la información pedida a la División de Bienestar y Servicios Sostenedorés.

_____
Firma del solicitante *Fecha*

Solicitante: Si usted alquila, la siguiente información es necesaria para completar la elegibilidad del hogar para beneficios del Programa de Asistencia para Energía. Por favor firme y ponga fecha en el cajón de autorización que se encuentra antes de esto. Su firma le da permiso al dueño para llenar este formulario. Este formulario tiene que ser completado, firmado y fechado por el dueño y devuelto con su solicitud. **SI NO DEVUELVE ESTA INFORMACION PUEDE SER QUE NO SEA ELEGIBLE.** Alquiler/Hogar solo puede ser completado por el dueño o manejador. Bajo ningunas circunstancias se permite que alguien que vive en la casa, un amigo, o pariente llene este formulario.

Dueño/Manejador: Gracias por su cooperación. Llenando este formulario usted asegura la integridad y contabilidad de este programa en la administración de fondos públicos en Nevada. La información que usted provee será utilizada solamente en conjunto con los deberes oficiales de esta agencia y serán confidenciales. Su ayuda al solicitante es agradecida.

RE: _____ _____
Nombre del solicitante *Calle/Dirección de la residencia* *Ciudad, Estado, Codigo Postal*

1. Escriba el nombre completo de TODA persona (incluyendo la persona arriba indicada) viviendo en la dirección:
_____
2. ¿Cuando_____ empezó a vivir en esta dirección?
_____
Nombre del solicitante *Fecha*
3. Si ya no vive en esta dirección, fecha en que se mudo: _____ Nueva dirección: _____
4. **¿Provee vivienda o paga una porción del alquiler a este hogar una entidad del gobierno?** ☐ SI ☐ NO
¿Bajo que programa? (*Marque uno de los siguientes.)*
☐ **HUD Casa Publica Convencional** ☐ **HUD Casa de Indios** ☐ **Sección 8**
☐ **FmHA Asistencia de Alquiler** ☐ **Otro** _____
5. **Si el alquiler es $0, ¿recibe este hogar reembolso de su SUBSIDIO POR UTILIDADES?**
☐ SI ☐ NO **Si es sí ¿Cuanto?** $ _____
6. **Por favor verifique la cantidad de subsidio por utilidades que se calculo para reducir el alquiler mensual:**
Cantidad: $_____
7. Total mensual de alquiler o valor estimado del alquiler en el mercado $_____. _____ paga $_____ .
Nombre del solicitante
8. ¿Esta el alquiler pago al día? ☐ SI ☐ NO ¿Fecha en que se pagó? _____
9. ¿Como es que se paga el alquiler? (dinero al contado, cheque personal, giro, cheque de cobro, etc.) _____
10. ¿Es _____una persona de responsabilidad según el contrato de arriendo? ☐ SI ☐ NO
Nombre del solicitante
Si es NO, ¿quien es responsable? _____
11. ¿Una persona fuera de la casa paga una porción del alquiler? ☐ SI ☐ NO
Si es sí, ¿Quien? _____
12. ¿Incluye el alquiler calefacción o refrigeración? ☐ SI ☐ NO Cantidad: $ _____
13. ¿Alguien en el hogar trabaja en cambio del pago de alquiler? ☐ SI ☐ NO
Si es sí, ¿Quien? _____ ¿Fecha que empezó? _____ ¿Cantidad? $ _____

Firma de la persona llenando este formulario _____ Relación _____
Persona llenando este formulario. _____
Dirección Ciudad, Estado, Codigo Postal Teléfono Fecha
Nombre de la Agencia _____ Edificio de apartamento _____