

# APLICACIÓN

## Programa de Ayuda de Emergencias para Hogares (HER)

Fecha de Apertura: 31 de octubre de 2022

La Corporación de Desarrollo Comunitario de Hyattsville está aceptando solicitudes para el Programa de Ayuda de Emergencia para Hogares de la Ciudad de Hyattsville (HER). Este es un programa creado con 1,000.000 asignados por la ciudad a partir de la financiación de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (ARPA) de 2021.

**La intención de este programa es ayudar a los hogares de ingresos bajos a moderados en la ciudad de Hyattsville que se presumen afectados por los efectos de la pandemia de Covid-19.**

Hogares elegibles recibirán hasta \$2,500 por adulto, con \$1,250 adicionales por cada niño dependiente, sin exceder los \$5,000 por hogar. Deberá presentarse la documentación de cada miembro de la unidad familiar que reúna los requisitos y esté vinculado a la ayuda. **Debe ser residente de la ciudad de Hyattsville a partir del 15 de octubre de 2022**

La solicitud tarda aproximadamente unos 20 minutos en completarse.

Por favor, lea atentamente la información y responda a las preguntas en la siguiente pantalla.

Para ser elegible para la asistencia, usted debe declarar bajo pena de perjurio, que usted **es un residente de la ciudad de Hyattsville, su hogar está dentro de la ciudad de Hyattsville, y son capaces de proporcionar la documentación verificable de elegibilidad para el programa.**

Al presentar una solicitud, usted autoriza al CDC de Hyattsville y a la Ciudad de Hyattsville a verificar toda la información que proporcione y a solicitar documentación para determinar su elegibilidad para el programa.

Si proporciona declaraciones falsas, es un acto de fraude y una violación de las leyes federales y estatales que puede conllevar sanciones penales o civiles, o ambas.

### **Declaración de la Ley de Privacidad:**

El Hyattsville CDC está obligado por ley a proporcionarle una copia de la Declaración de la Ley de Privacidad. La Ley de Privacidad de 1974 protege sus derechos en cuanto a la forma en que el Hyattsville CDC utiliza y comparte su información con entidades como estados, tribus, gobiernos locales y otras organizaciones. La ley ARPA y otras leyes permiten a Hyattsville CDC coleccionar información para determinar la elegibilidad y la asistencia.

**AVISO:** Los fondos para el programa HER se recibirán por orden de llegada.

Preguntas: [cafagrant@hyattsvillecdc.org](mailto:cafagrant@hyattsvillecdc.org), o llame (301) 683-8267; 3-5pm lunes-viernes.

Solicitud en línea: visite [www.hycdc.org](http://www.hycdc.org)



## Solicitantes Elegibles



Hyattsville CDC: 4314 Farragut Street Hyattsville, MD 20781

- Hogares con ingresos bajos o moderados dentro del **municipio de Hyattsville**; sin importa su estatus legal (*se requerirá una prueba del estado de ingresos*);  
Nota: Los hogares con un código postal "Hyattsville" fuera de los límites de la ciudad no son elegibles y las solicitudes de esos hogares no serán consideradas.

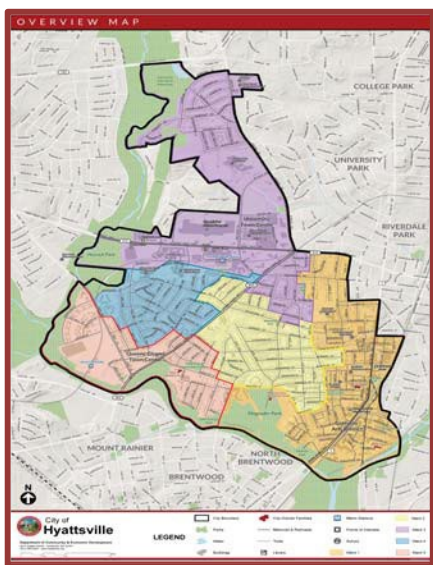
Aquellos *que se presumen elegibles*, según las normas del programa y la verificación:

- Los hogares que cumplen con los requisitos para cualquiera de los siguientes programas:
  - Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
  - Subsidios para el Cuidado de Niños a través de Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil (CCDF)
  - Medicaid
  - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
  - Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
  - Programas de comidas gratuitas y a precio reducido (NSLP) y/o Programa desayunos escolares (SBP)
  - Programa de Subsidio Parte D de Medicare-personas con bajos ingresos (LIS)
  - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
  - Head Start y/o Early Head Start - Desarrollo Infantil
  - Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
  - Programa de Vales de Elección de Vivienda-Sección 8
  - Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP)
  - Beca(s) Federales Pell
  - Seguro de Desempleo de Maryland
- Hogares que sufrieron dificultades por:
  - Desempleo
  - Inseguridad alimentaria o de vivienda

\*Si la solicitud se basa en la dificultad económicas, debe proporcionar unas pruebas verificables de dificultades: es decir, facture de alquiler, utilidades o hipoteca de la compañía interesada; el cuidado de los niños, la atención médica, etc.

### Requisitos de Solicitud

- Solicite en línea, correo postal, correo electrónico, llamando o programar una cita con la oficina del HCDC
- Debe presentar prueba de residencia en la Ciudad de Hyattsville; y
- Proporcionar:
  - Prueba de participación en alguno de los programas enumerados; o
  - Prueba de ingresos bajos o moderados; o
  - Una declaración de la dificultad y la documentación de la necesidad
- Solo una aplicación por hogar
- Toda la información solicitada debe ser proporcionada para ser considerado el programa.





## Programa de Ayuda de Emergencias para Hogares (HER)

---

### Sección 1 - INFORMACIÓN DE SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas hay en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños dependientes hay en su hogar? \_\_\_\_\_

Escriba los nombres completos de sus dependientes. Ejemplo: María López, Juan López y Oscar López

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está en peligro inminente de ser desalojado de su residencia?

SÍ  NO

¿Ha recibido una notificación de intención de desalojo o una cita judicial?

SÍ  NO

Numero Primario: \_\_\_\_\_ Numero Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso anual familiar?

Menos de \$25,000  \$25,000 - \$50,000  \$50,000 - \$100,000  
 \$100,000 - \$200,000  Más de \$200,000

¿Está usted listado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

SÍ  NO

## INFORMACIÓN DE CO-SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas hay en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños dependientes hay en su hogar? \_\_\_\_\_

Escriba los nombres completos de sus dependientes. Ejemplo: María López, Juan López y Oscar López

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero Primario: \_\_\_\_\_ Numero Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Sección 2 - PRESUNTA ELEGIBILIDAD POR INSCRIPCIÓN EN PROGRAMAS FEDERALES Y ESTATALES

Los hogares que califican para cualquiera de los siguientes programas se presumen elegibles, sujetos a verificación. Por favor, seleccione cualquiera de los programas de los que es beneficiario o en los que participa.

- [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\)](#)
- [Subvenciones para el cuidado de niños a través de Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil \(CCDF\)](#)
- [Medicaid](#)
- [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas \(TANF\)](#)
- [Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria \(SNAP\)](#)

- [Programas de comidas gratuitas y a precio reducido \(NSLP\) y/o Programa desayunos escolares \(SBP\)](#)
- [Programa de Subsidio Parte D de Medicare para personas con bajos ingresos \(LIS\)](#)
- [Seguridad de Ingreso Suplementario \(SSI\)](#)
- [Head Start y/o Early Head Start - Desarrollo Infantil](#)
- [Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños \(WIC\)](#)
- [Programa de Vales de Elección de Vivienda](#)
- [Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Recursos \(LIHEAP\)](#)
- [Beca\(s\) Federales Pell](#)
- [Seguro de desempleo de Maryland](#)

**Sección 3 - ELEGIBILIDAD BASADA EN LOS INGRESOS (Omita esta sección si marcó con un círculo cualquier línea en la sección 2, en la página anterior de la solicitud)**

En Hyattsville, los "ingresos moderados" se definen según el tamaño del hogar en la tabla siguiente. Los ingresos agregados de la familia del solicitante no deben ser superiores a los de esta tabla para poder cumplir con la elegibilidad basada en los ingresos de este programa.

Locality	Moderate-income threshold by household size							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Prince George's County	\$58,695	\$67,080	\$75,465	\$83,850	\$93,120	\$106,740	\$120,360	\$133,980
Source: US Treasury, Low and Moderate Income Data								

¿Cuál es el total de ingreso anual familiar antes de impuestos? (Asegúrese de incluir los ingresos de todos los miembros del hogar en su respuesta)

---

¿Cuántas personas viven en su hogar?

---

**Sección 4 - ELEGIBILIDAD POR DIFICULTADES ECONÓMICAS (Omita esta sección si completó la sección 2 o la sección 3)**

La siguiente información solicitada ayudará al Hyattsville CDC a determinar la elegibilidad del solicitante basado en las dificultades.

Proporcione una descripción de dificultades (máximo 500 caracteres): solo pedimos información que respalde su solicitud de asistencia para que podamos cumplir con la intención de nuestros financiadores de este programa.

---

---

---

---

Ingresos brutos de los últimos 30 días: \_\_\_\_\_

Fecha de su último pago a su prestamista hipotecario, al inquilino y/o compañía de utilidades:

---

---

¿Ha pedido suspensión por parte de su prestamista hipotecario, al inquilino y/o compañía de utilidades?

SÍ       NO

¿Su prestamista hipotecario, inquilino y/o compañía de utilidades le ha concedido indulgencia?

SÍ       NO      ¿Bajo qué circunstancias? \_\_\_\_\_

---

---

¿Ha aplicado para beneficio de desempleo en el último?     SÍ       NO

¿Está recibiendo pagos del seguro de desempleo en este momento?     SÍ       NO

¿Si la respuesta es sí, ¿desde qué fecha? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna otra asistencia financiera en el último?     SÍ       NO

Si la respuesta es sí, por favor indique el tipo de asistencia y cantidad: \_\_\_\_\_

¿Ha buscado o recibido donaciones de alimentos de algún sitio de distribución?  SÍ  NO

¿Es usted beneficiario de algún programa de asistencia pública?  SÍ  NO

Si la respuesta es sí, escriba el nombre del programa o programas de asistencia de los que recibió la ayuda y cantidad:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sección 5: ¿HAY ALGO MÁS QUE LE GUSTARÍA QUE CONOCIÉRAMOS? ¿GASTOS EXTRAORDINARIOS, NECESIDADES ESPECIALES?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

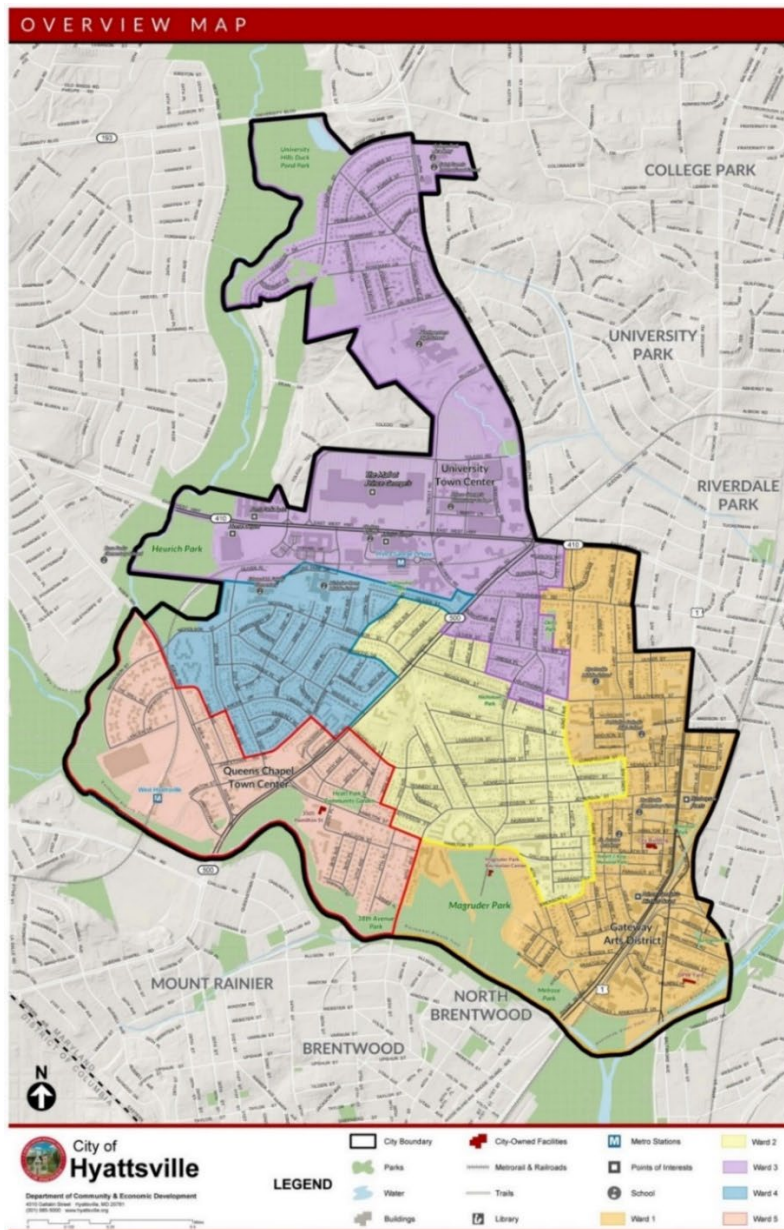
---

## Sección 6: LOS HOGARES DEBEN ESTAR UBICADOS EN LA CIUDAD COMO SE MUESTRA A CONTINUACIÓN

Por favor, confirme si su dirección se encuentra en [el mapa de límites de la ciudad de Hyattsville](https://www.hyattsville.org/isithyattsville) visitando el sitio web de la ciudad <https://www.hyattsville.org/isithyattsville>

Según el mapa que aparece a continuación o la herramienta web de la ciudad de Hyattsville, mi residencia se encuentra en la ciudad de Hyattsville\*.

\_\_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_\_ No





## Sección 7 - INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Para garantizar que los fondos del programa se desembolsen de manera justa, la Ciudad de Hyattsville le ha pedido a la Corporación de Desarrollo Comunitario de Hyattsville que colecte datos demográficos de los solicitantes. Por favor note que la información personal no será compartida fuera de la administración de este programa: y no se adjuntará ninguna información personal a la información demográfica que se comunique en forma agregada.

### ¿Cuántas personas de su hogar se identifican como:

\_\_\_\_\_ Masculino

\_\_\_\_\_ No Binario

\_\_\_\_\_ Fémica

\_\_\_\_\_ Otro

\_\_\_\_\_ Prefiero no responder

### ¿Cuántas personas en su hogar pertenecen a cada grupo de edad?

\_\_\_\_\_ 0-17

\_\_\_\_\_ 46-60

\_\_\_\_\_ 18-30

\_\_\_\_\_ 61-75

\_\_\_\_\_ 31-45

\_\_\_\_\_ 76 o más

### ¿Cuál es el origen étnico de cada persona en su hogar?

\_\_\_\_\_ Asiático/Isleño del Pacífico

\_\_\_\_\_ Afroamericano

\_\_\_\_\_ Hispano/Latino

\_\_\_\_\_ Nativo Americano/Amerindio

\_\_\_\_\_ Blanco

\_\_\_\_\_ Otro

### ¿Es usted veterano?

Sí     NO     Prefiero no responder

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y SOLICITUD

Todos los solicitantes deben proporcionar

### **A. Prueba de residencia** (Marque una):\*

Utilice el siguiente enlace para verificar la residencia en la ciudad de Hyattsville:

<https://www.hyattsville.org/isithyatstsville>

- Copia firmada de acuerdo de escritura, hipoteca o arrendamiento; o
- Factura de utilidad que refleja el nombre del solicitante y la dirección actual, emitida en los últimos 60 días; o
- Reciente declaración bancaria; o
- Póliza de seguro actual y válida; o
- Licencia de conducir válida; o
- Tarjeta de registro de votantes reciente; o
- Declaración de beneficios del gobierno

Todos los solicitantes deben proporcionar

### **B. Prueba de Elegibilidad para el Programa.**

Hay tres maneras de demostrar la elegibilidad para este programa. Seleccione la forma más fácil para usted.

1. Elegibilidad previa a un programa
2. Elegibilidad basada en los ingresos
3. Elegibilidad por dificultades económicas

#### B.1. Prueba de participación en un programa anterior

De acuerdo a las casillas del programa que marcó, envíe su documentación del Programa Previo a: [cafagrant@hyattsvillecdc.org](mailto:cafagrant@hyattsvillecdc.org).

- Declaración de beneficios
- Carta de aceptación del programa u otra correspondencia
- Copia de un pago del programa

#### B.2. Prueba de elegibilidad de ingresos

Por favor, envíe la documentación de los ingresos a: [cafagrant@hyattsvillecdc.org](mailto:cafagrant@hyattsvillecdc.org).

- Copia de su más reciente W-2 del hogar
- Copia de la declaración de impuestos más reciente del hogar

B. 3. Prueba de la dificultad

Por favor, seleccione cualquiera de los siguientes documentos que usted proporcionará para verificar su prueba de dificultad. Todos los documentos que ayuden a establecer las dificultades son útiles para la revisión de su solicitud.

- Confirmación del estado de alquiler, utilidad o atrasos hipotecarios en membrete del interesado; y / sí corresponde
- Notificación de desalojo, notificación de intención de desalojo o una cita judicial
- Carta del (antiguo) empleador
- Declaración firmada relativa al impacto COVID-19 o al estatus *no esencial* para los trabajadores 1099 y trabajadores que trabajan por cuenta propia
- Otros (describalo): \_\_\_\_\_

**La Corporación de Desarrollo Comunitario de Hyattsville se enorgullece de declarar que no lo hace, y no lo hará; discriminar de cualquier manera por motivos de raza, color, credo religioso, ascendencia, origen nacional, edad, sexo, estado civil, discapacidad, presencia de niños, fuente de ingresos, orientación sexual o identificación de género.**

