



## Programa de Asistencia de Renta Limitada COVID-19 del Condado de Loudoun Formulario de Solicitud

Envíe esta solicitud junto con la documentación requerida que figura en el sitio web del Programa de Asistencia de Renta Limitada en [loudoun.gov/limitedrentassistance](https://loudoun.gov/limitedrentassistance). Toda la documentación será verificada para determinar la elegibilidad. NO envíe su solicitud a menos que haya reunido TODA la documentación requerida. Enviar una solicitud no garantiza que se proporcionará asistencia financiera.

Su paquete de solicitud puede enviarse en cualquiera de las siguientes tres maneras. Utilice solo un método para enviar su paquete de solicitud:

### Correo electrónico:

- Escriba su nombre completo en cada página de los documentos requeridos y escanee o fotografíe cada página.
- Envíe el paquete completo (formulario de solicitud y documentos requeridos) por correo electrónico a [DFSLRA@loudoun.gov](mailto:DFSLRA@loudoun.gov) con la línea de asunto "COVID-19 Limited Rental Assistance, [su apellido e inicial de su nombre]".

### Buzón de entrega:

- Escriba su nombre completo en cada página de los documentos requeridos.
- Coloque el paquete completo (formulario de solicitud y documentos requeridos) en el buzón azul ubicado en la oficina de Shenandoah, 102 Heritage Way, NE, Leesburg, VA (en el lado derecho de la entrada principal del edificio). Puede dejar este paquete de solicitud en cualquier momento; el buzón de entrega, se chequea regularmente durante el horario regular.

### Correo:

- Escriba su nombre completo en cada página de los documentos requeridos.
- Envíe el paquete completo (formulario de solicitud y documentos requeridos) en un sobre dirigido a "Loudoun DFS, Attn: Limited Rental Assistance, PO Box 7400, Leesburg, VA 20177".

Para obtener más información, llame a Información y referencias de servicios humanos y de salud del condado de Loudoun al 703-777-0420 o visite [Loudoun.gov/limitedrentassistance](https://loudoun.gov/limitedrentassistance).

**INFORMACIÓN DEL APLICANTE:**

1. Nombre del solicitante    Nombre: \_\_\_\_\_    Apellido: \_\_\_\_\_

2. Información de contacto:    Número de teléfono: \_\_\_\_\_

3. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

4. Dirección física:    Dirección: \_\_\_\_\_

Número de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

5. ¿Eres residente del condado de Loudoun?     Si     No

6. ¿Eres de origen hispano, latino o español?     Si     No

7. ¿Cuál es su raza?

Blanco

Asiático

Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico

Indio Americano o Nativo de Alaska

8. ¿Es esta su primera, segunda o tercera vez que solicita Asistencia de renta limitada a través del Departamento de Servicios para la Familia del Condado de Loudoun?

Primera vez

Segunda vez

Tercera vez

9. ¿Ha recibido ayuda para la renta de otra organización desde el 1º de marzo?     Si     No

a. En caso afirmativo, ¿qué organización?

b. En caso afirmativo, ¿cuál fue la cantidad de asistencia recibida?

10. ¿Le impactó COVID-19? Si  No

En caso afirmativo, seleccione la razón más aplicable del impacto:

- Perdí mi trabajo.
- Fui despedido de mi trabajo.
- Mis horas de trabajo se redujeron.
- Other:

11. ¿Cuántas habitaciones hay en su casa / apartamento?

Nota: Si está alquilando una habitación o parte de una casa, incluya solo la cantidad de habitaciones que alquila su hogar.

12. ¿Esta su hogar al día con sus pagos de alquiler al 30 de Marzo?  Si  No

13. ¿Cuál es la asistencia de alquiler mensual que solicita?

14. Proporcione la información de contacto de su compañía de administración de propiedades o arrendador:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

## COMPOSICIÓN DEL HOGAR

### 15. Enumere a todas las personas que viven en su hogar:

Nombre (Enumérese usted primero)	Relación con usted	Edad de la persona	¿Tiene esta persona una discapacidad?*	¿Su pago de renta mensual proporciona alojamiento para esta persona?	¿Esta persona trabaja o tiene ingresos?	Cantidad de ingresos por mes	Enumere los tipos de ingresos que recibe esta persona.
	Yo		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

\* Discapacidad: Para los efectos de las leyes federales de no discriminación por discapacidad (como la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Sección 188 de la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral), la definición de una persona con discapacidad se define típicamente como alguien que (1) tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más "actividades importantes de la vida", (2) tiene un registro de tal impedimento o (3) se considera que tiene tal impedimento .

**Toda la información proporcionada es verdadera.**

**Nombre**

**Fecha**