City of Miami
Ciudad de Miami
Department of Housing and Community Development
CRF Mortgage Assistance Program (MAP)/Programa de Asistencia Hipotecaria de CRF

El Programa de Asistencia Hipotecaria de la Ciudad de Miami (MAP), para los propietarios de viviendas elegibles (ocupadas por el propietario, con una exención de propiedad) dentro de los límites de la Ciudad de Miami, proporciona hasta asistencia hacia los pagos de hipotecas atrasados de los hogares que califiquen: (1) con ingreso máximo de 140% del promedio del area (ver gráfico); (2) sufrió pérdida de empleo o reducción de ingresos a partir del 1 de marzo debido a COVID-19; (3)enviar el paquete de solicitud completo como se indica a continuación. El período de solicitud de este programa comenzará el 17 de Agosto de 2020 a las 9 a.m., y se cerrará el 29 de Diciembre del 2020, o hasta que se agoten los fondos.

El programa tiene un poco más de $1 millón en fondos de ayuda para el Coronavirus (CRF) a través del Estado de la Florida. Debido a los fondos limitados, los paquetes de solicitud que esten completos seran procesados primero de acuerdo al orden de llegada. La asistencia MAP se pagará solamente una vez, directamente al prestamista hipotecario del solicitante calificado, sin necesidad de reembolso. El propietario debe haber estado al día con su hipoteca antes del 1 de Marzo de 2020. El programa MAP puede pagar PITI (capital, intereses, impuestos y seguro) entre el 1 de marzo y el 30 de Diciembre de 2020.

Límites de ingresos actuales para el programa						
Personas en el hogar	1	2	3	4	5	6
Ingreso Máximo (140% del promedio del área)	$89,600	$102,480	$115,220	$127,960	$138,320	$148,540

Antes de iniciar esta solicitud, confirme que su vivienda se encuentra **dentro de los límites de la Ciudad de Miami.** Si su propiedad no está dentro de los límites de la Ciudad de Miami, no califica para este programa.
• Abra su navegador web y escriba: https://www.miamidade.gov/pa/property_search.asp
• Haga click en el botón búsqueda de propiedad.
• Ingrese la dirección de su casa y presione el botón de búsqueda.
• Verifique que su número de folio comience con "01". Si el número de folio de su propiedad no comienza con "01", su propiedad *no es elegible.*

Para que su aplicación sea revisada, tiene que presentar la Solicitud y todos los documentos de respaldo identificados en la lista de verificación a continuación. Los paquetes de solicitud incompletos (documentos faltantes) no se procesarán. Los paquetes de solicitud recibidos para este programa se consideran registros públicos según el Capítulo 119 de los Estatutos de la Florida y no se pueden devolver al solicitante.

Lista de verificación del solicitante
Proporcione la información que se indica a continuación para asegurarse de que su solicitud sea procesada de manera acelerada.
☐ Formulario de autorización de elegibilidad firmado (formulario adjunto);
☐ Solicitud de asistencia para la vivienda (formulario adjunto);
☐ Carta de concesión/denegación (si ha recibido otra asistencia por el COVID-19);
☐ Auto-certificación de dificultades relacionadas con COVID-19 (formulario adjunto);
☐ Auto-certificación de ingresos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años (se adjunta una copia de este formulario);
☐ Copia de la licencia de conducir, identificación o acta de nacimiento de todos los miembros del hogar;
☐ Copia del Título de la Propiedad a nombre del solicitante;
☐ Copia de la declaración/recibo de hipoteca, que indica pagos atrasados;
☐ Formulario W-9 llenado por el prestamista hipotecario (adjunto);
☐ Si el prestamista hipotecario quiere recibir el pago via depósito directo a una cuenta de banco, tiene que llenar el *City of Miami Supplier Direct Deposit /ACH Authorization Form* (adjunto).

Envíe su paquete de solicitud, en un sobre sellado con todos los documentos de respaldo incluidos, puede enviarse por correo de los EE. UU., a la **Ciudad de Miami, Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario, Programa de Asistencia Hipotecaria, PO Box # 013581, Miami, FL 33101** o puede dejar su sobre en el **Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de la Ciuidad de Miami, 14 NE 1 Ave., Primer Piso, buzón de recepción, Miami, FL 33132, de lunes a viernes, de 9 am a 4 pm.**

Despues de recibir un paquete, le informaremos por escrito de su elegibilidad lo mas pronto posible. Si tiene preguntas sobre el programa, llame al 305-416-2080. Solicitar el MAP no garantiza la elegibilidad, ni la asistencia.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD Y EL FORMULARIO DE PUBLICACIÓN

Instrucciones generales:
Lea las instrucciones de esta aplicación.

Escriba o utilice tinta AZUL o NEGRA. No utilice lápiz u otros colores de tinta. Escriba de forma legible.

Todos los espacios en blanco deben completarse o tener N/A (no aplicable) escrito.

Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar la solicitud, incluyendo la fecha.

Envíe la solicitud con toda la documentación requerida como se indica en la primera página.

Instrucciones detalladas:
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Proporcione su nombre legal, una dirección donde recibe su correo, una dirección de correo electrónico (si corresponde), su fecha de nacimiento y su estado civil (matrimonial) y otros campos.

2. INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE / OTRO MIEMBRO DEL HOGAR: Indique todos los miembros del hogar que residen en la propiedad. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

3. INFORMACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS: Esta información se recopila para ayudarnos a ubicarlo en caso de que se mude o viva temporalmente en otro lugar. Enumere los contactos que lo están ayudando a través de este proceso, si corresponde.

4. COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR: A partir de cuando complete la aplicacion, indique la persona que encabeza la familia actual y todos los demás miembros del hogar. Indique el parentesco de cada miembro de la familia, sexo, fecha de nacimiento y estado civil (matrimonial). Indique si alguno de los miembros enumerados está descapacitado y explique si se esperan adiciones al hogar futuro, Ej. nacimiento de un niño, adopción, decisión de custodia legal que resulta en un miembro adicional del hogar.

5. RAZA Y ETNICIDAD DE LA CABEZA DE FAMILIA: Esta información se recopila solo con fines de presentación para informes.

6. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD: La información recopilada aquí es importante para determinar la elegibilidad en lo que respecta a la asistencia.

7. INFORMACIÓN SOBRE COVID-19: Proporcione información básica sobre la elegibilidad relacionada con la emergencia de salud pública con respecto al COVID-19. Proporcione información sobre si usted, o un miembro de su hogar, han sido afectados directamente por COVID-19.

a. Acuerdo para entregar Duplicación de Beneficios (DDB); Reasignación futura:
Si el solicitante ha recibido o recibe alguna ayuda de cualquier otra fuente que le haya permitido cubrir los gastos de la ayuda proveida por el CRF/MAP, el solicitante acepta retornar dichos montos a la Ciudad de Miami o al Condado.

b. En el caso de que el solicitante haya recibido, reciba o esté programado para recibir cualquier asistencia monetaria que no se haya comunicado previamente a la Ciudad / Condado, el solicitante deberá notificar a la Ciudad / Condado de dicha asistencia y la Ciudad / Condado determinará, si corresponde, que cantidad de éstos ingresos anteriormente no comunicados van a ser considerados como Duplicación de Beneficios (DDB).

La asistencia monetaria determinada como Duplicación de Beneficios se desembolsará de la siguiente manera:

(1) Si la Ciudad / Condado ha pagado completamente el monto de asistencia aprovada por el programa, el solicitante deberá devolver (pagar) a la Ciudad / Condado cualquier asistencia de Duplicación de Beneficios posteriores hasta el monto de la asistencia proveida.

(2) Si la Ciudad / Condado no ha pagado ninguna parte de la asistencia aprovada por el programa, el solicitante devolverá (pagará) a la Ciudad / Condado cualquier ayuda monetaria subsecuente a la DDB y se utilizará para reducir la asistencia proveida. Si la aplicación de los Ingresos posteriores al DDB redujera la ayuda proveida a cero, todos los Ingresos posteriores al DDB y cualquier fondo pagado previamente por el solicitante a la Ciudad / Condado se devolverán al solicitante y este acuerdo terminará.

(3) Si la Ciudad / Condado ha gastado una parte de la asistencia proveida, los Ingresos posteriores al DDB se utilizarán, retendrán y / o desembolsarán en el siguiente orden: (1) El solicitante deberá pagar primero los ingresos posteriores al DDB a la Ciudad / Condado para reducir la porción no gastada de los fondos; (2) si la aplicación de los ingresos posteriores al DDB redujera la asistencia proveida no gastada a cero, cualquier ganancia posterior restante al DDB se aplicará a la porción gastada de la asistencia proveida y será retenida por la Ciudad / Condado; (3) si la aplicación de los ingresos posteriores reduce a cero tanto las partes pagadas como las no pagadas de la asistencia proveida, se devolverán al solicitante todos los ingresos posteriores restantes, y este acuerdo terminará.

(4) Si la Ciudad / Condado determina que el solicitante no califica para participar en el Programa o el solicitante decide no participar en el Programa, los ingresos posteriores al DDB y cualquier fondo pagado previamente por el solicitante a la Ciudad / Condado que no hayan sido utilizados u obligados por el Programa serán devueltos al solicitante y este acuerdo terminará.

(5) Una vez que la Ciudad / Condado haya recuperado una cantidad equivalente a la asistencia proveida, la Ciudad / Condado reasignará al solicitante cualquier derecho asignado a la Ciudad / Condado de conformidad con este acuerdo.

8. OTRA AYUDA RECIBIDA: Proporcione toda la información sobre cualquier otro tipo de asistencia relacionada con el COVID-19.

9. INFORMACIÓN DE INGRESOS: Proporcione información sobre todas las fuentes de ingresos del hogar. Los ingresos incluyen lo siguiente: sueldos, salarios y propinas, pensión alimenticia, manutención de los hijos, ingresos militares, ingresos a tiempo parcial, ingresos temporales, TANF, Seguro Social, otros beneficios y otros ingresos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años.

10. INFORMACIÓN DE ACTIVOS: Proporcione la información solicitada sobre los activos de todos los miembros del hogar. A continuación, se enumeran ejemplos de lo que constituyen activos típicos:

- Efectivo guardado en ahorros, cuentas corrientes, cajas de seguridad, hogares, etc.;
- Acciones, bonos, letras del tesoro, certificados de depósito, fondos mutuos, cuentas del mercado monetario y otras cuentas de inversión;
- Cuentas de jubilación individuales, 401 (k), cuentas Keogh y otras cuentas de ahorros de jubilación similares;
- Valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida disponibles para el titular antes de la muerte;
- Propiedad personal que se mantiene con fines de inversión;
- Equidad en bienes inmuebles;
- Fondos de jubilación y pensiones;
- Hipoteca o escrituras fiduciarias en poder del solicitante

Algunos artículos de propiedad personal NO se cuentan como activos a los efectos de determinar el ingreso anual:

- Automóviles;

- Joyas; y / o
- Pólizas de seguro de vida a término

11. DECLARACIONES FALSAS:
El Capítulo 817 de los Estatutos de la Florida establece que las declaraciones falsas intencionadas o la tergiversación sobre ingresos y activos o pasivos relacionados con la condición financiera es un delito menor de primer grado y se castiga con multas y encarcelamiento previstos en §775.082 o 775.083.

Por la presente se notifica al solicitante que, de manera intencional o consciente, hacer una declaración escrita materialmente falsa o engañosa relacionada con el Programa podría resultar en la inelegibilidad para los beneficios, acción para recuperar cualquier beneficio del Programa pagado en nombre del solicitante, y / o una remisión a la aplicación de la ley criminal.

El solicitante declara que todas las declaraciones hechas por el solicitante con respecto a los Ingresos recibidos por el solicitante han sido y serán verdaderas y correctas.

12. DIVULGACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE REGISTROS PÚBLICOS:
La información proporcionada por los solicitantes puede estar sujeta al Capítulo 119 de los Estatutos de la Florida, con respecto a los registros abiertos. Cualquier individuo puede solicitar la información proporcionada por usted o su hogar que no está protegida por los Estatutos de la Florida para su revisión y / o uso. Esto es sin tener en cuenta si califica o no para recibir financiamiento bajo el programa (s) que está solicitando. Habiendo sido informado de este hecho antes de finalizar la solicitud de asistencia o proporcionar cualquier información, su firma a continuación indica que:

Yo / nosotros aceptamos eximir de responsabilidad e indemnizar a la Ciudad / Condado, cualquier agencia gubernamental, sus funcionarios, empleados, accionistas, agentes, sucesores y cesionarios de cualquier responsabilidad y costo que pueda surgir debido al cumplimiento de las disposiciones del Capítulo 119, Estatutos de la Florida.
Yo / nosotros estamos de acuerdo en que la Ciudad / Condado no tiene ningún deber u obligación de hacer valer ninguna defensa, excepción o exención para evitar que alguna o toda la información proporcionada a la Ciudad / Condado en relación con esta solicitud, u obtenida por ellos en relación con esta solicitud, de ser divulgada de conformidad con una solicitud de la ley de registros públicos.
Yo / nosotros aceptamos que la ciudad / condado no tiene ninguna obligación u obligación de notificarme / notificarnos que se ha realizado una solicitud de la ley de registros públicos.
Yo / nosotros aceptamos eximir de responsabilidad a la Ciudad / Condado o cualquier agencia gubernamental, sus funcionarios, empleados, accionistas, agentes, sucesores y cesionarios de toda responsabilidad que pueda surgir debido a mi / nuestra solicitud de asistencia.

13. AUTORIZACIÓN DE ELEGIBILIDAD: Se requiere que firme este formulario, que le permite al Sub-beneficiario, Estado o Proveedor, solicitar información de terceros sobre su elegibilidad y participación en este programa. Este formulario permite verificar y documentar los ingresos, los bienes, la manutención de los hijos, etc.

_____	_____
Firma del Solicitante	Fecha
_____	_____
Miembro del Hogar	Fecha
_____	_____
Miembro del Hogar	Fecha
_____	_____
Miembro del Hogar	Fecha

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA CIUDAD:	
Número de la Aplicación:	
Aplicación Recibida Por:	Fecha/Hora que se recibió la Aplicación:

1. ¿Que tipo de asistencia está solicitando?	Circule a todo lo que aplique: Hipoteca Tarifas de HOA
Otro (Explique)	
2. PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE: (Cabeza de familia)	
Nombre y Apellido:	
Dirección:	**Apt#**
Ciudad, Estado, Codigo Postal:	
Teléfono durante el día:	**Teléfono Celular:**
Correo Electrónico:	**Fecha de Nacimiento:**
Estado Matrimonial:	**Edad:**
¿Empleado? Si No	**¿Trabaja por cuenta propia? Si No**
3. PARA SER COMPLETADO POR EL CO-SOLICITANTE:	
Nombre y Apellido:	
Teléfono durante el día:	**Teléfono Celular:**
Correo Electrónico:	**Fecha de Nacimiento:**
Estado Matrimonial:	**Edad:**
¿Empleado? Si No	**¿Trabaja por cuenta propia? Si No**

4. COMPOSICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ESTADO FAMILIAR DEL HOGAR: - A partir de hoy, indique todos los demás miembros del hogar. Indique el parentesco de cada miembro que reside en la propiedad, ejemplo: (cónyuge, hermano, etc.). Además, indique si hay miembros adicionales que se unirán al hogar, en un futuro cercano.

Nombre del Miembro del Hogar	Relación a Cabeza de Familia	Edad	Fecha de Nacimiento	Estado Matrimo-nial	¿Es discapacitado? S/N	Empleado?
						Si No
						Si No
						Si No
						Si No
						Si No

5. RAZA Y ETNICIDAD DE LA CABEZA DE FAMILIA: Esta información se recopila solo para fines de información.

RAZA (Marque todos los que apliquen):

☐ Indio Americano o nativo de Alaska	☐ Asiático
☐ Nativo hawaiano o otro isleño delPacífico	☐ Blanco
☐ Negro o Afroamericano	☐ Otro

ETNICIDAD (Marque uno):

☐ Hispano o latino: una persona que sea de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

☐ No hispano o latino: una persona que no sea de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD: - Si la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es NO, usted no es elegible para asistencia:

¿Fue usted o un miembro de su hogar afectado por COVID-19?	☐ SI	☐ NO
¿Cuántos miembros de su hogar fueron afectados por el COVID-19?		
Por favor provee la informacion indicada por cada miebro del hogar afectado por el COVID-19:		
Primer miembro del hogar afectado por el COVID-19		
Nombre y apellido:		
¿Están desempleados o subempleados debido al COVID-19?	☐ SI	☐ NO
Fecha en que la persona quedó desempleada o subempleada:		

Nombre y dirección del empleador antes de verse afectado por COVID-19:		
¿Cuál era el ingreso bruto anual de esta persona **antes** de verse afectada por COVID-19 o el 1 de marzo de 2020, lo que ocurra más tarde?		
¿Empleador actual?		
¿Cuál fue el ingreso bruto anual proyectado de este hogar **después** de ser afectado por COVID-19? Información adicional sobre las dificultades actuales en el hogar relacionadas con el COVID-19:		
Segundo miembro del hogar afectado por el COVID-19		
Nombre y apellido:		
¿Están desempleados o subempleados debido al COVID-19?	☐ SI	☐ NO
Fecha en que la persona quedó desempleada o subempleada:		
Nombre y dirección del empleador antes de verse afectado por COVID-19:		
¿Cuál era el ingreso bruto anual de esta persona **antes** de verse afectada por COVID-19 o el 1 de marzo de 2020, lo que ocurra más tarde?		
¿Empleador actual?		
¿Cuál fue el ingreso bruto anual proyectado de este hogar **después** de ser afectado por COVID-19?		
¿La persona recibe beneficios de desempleo? Si or No		
¿Si contestó "Si," cuanto reciben mensualmente? $		

Información adicional sobre las dificultades actuales en el hogar relacionadas con el COVID-19:

Property Information		
¿Tiene una casa prefabricada o móvil anterior a 1994?	☐ SI	☐ NO
Tenga en cuenta que si actualmente es propietario de una casa móvil o manufacturada construida antes de Junio de 1994, no es elegible para recibir asistencia.		
¿Está atrasado en los pagos de su hipoteca o servicios públicos?	☐ SI	☐ NO
¿Cuál es su pago hipotecario mensual? ¿Cuál es su pago eléctrico mensual promedio? ¿Cuáles son las sanciones debidas, si las hay?		
¿Cuántos pagos de hipoteca están atrasados? ¿Cuántos meses de tarifas de HOA están atrasados? ¿Cuántos meses de servicios públicos están atrasados?	Cantidad que debe: $ Cantidad que debe: $ Cantidad que debe: $	
La siguiente pregunta requerirá una revisión especial para determinar la elegibilidad:		
¿Solicitó asistencia relacionada al COVID-19 a través de otro programa u organización?	☐ SI	☐ NO

Explique:

¿Ha recibido asistencia relacionada con COVID-19?	☐ SI ☐No
¿Cantidad Aprobada? $ Cantidad Recibida Hasta la Fecha de Hoy: $	
Indique el nombre de la agencia que le ofreció esta asistencia	1
	2
	3

Small Business Administration (SBA)	
¿Ha recibido alguna asistencia relacionada con eventos de la SBA? (Si la respuesta es "No", continúe con la próxima sección).	☐ Si ☐ No
¿Cantidad Aprobada?	$
¿Cuál es su número de solicitud de la SBA?	1
	2
¿Cuál es su número de préstamo de la SBA?	1
	2

¿Cuál es el estado de su préstamo de la SBA? *Ej.: pagando según lo acordado, no usó, etc.*

i. ¿Recibió alguna otra ayuda debido a la pandemia (COVID-19)?	☐ Si ☐ No
ii. Si respondió que "Si," explique el tipo de asistencia que recibió, p. Ej. Cruz Roja, United Way, asistencia previa federal o estatal (CRF, CDBG, CDBG-DR, HOME), etc.	☐ Si ☐ No

INFORMACIÓN DE INGRESOS: Los ingresos incluyen: sueldos, salarios y propinas, pensión alimenticia, manutención de niños, ingresos militares, ingresos a tiempo parcial, ingresos temporales, TANF, Seguro Social, beneficios por desempleo, otros beneficios para todos los miembros del hogar. Enumere TODOS los miembros del hogar y sus ingresos. Adjunte una hoja separada si necesita más espacio.

LOS CUPONES PARA ALIMENTOS NO SE CONSIDERAN INGRESOS; no incluya los cupones para alimentos.

Nombre del Miembro del Hogar	Estudiante de tiempo completo? S/N	Fuente de Ingreso (incluir nombre del empleador si le aplica)	Tasa de Pago	Base de pago (por hora, semanal, mensual, etc.)

INFORMACIÓN DE ACTIVOS: Proporcione la información solicitada sobre cualquier propiedad que pueda poseer o activos que pueda tener.

¿Tiene alguna otra propiedad inmobiliaria?	☐ Si ☐ No ☐ N/A
Si contestó "Si", proporcione la dirección, la ciudad y el estado de la propiedad:	
¿Cuál es el valor fiscal de la propiedad?	$
¿Cuál es el saldo actual adeudado por la hipoteca? $	
¿Tiene ingresos de la propiedad? (de alquiler)	☐ Si ☐ No
¿Su residencia principal está actualmente en ejecución hipotecaria?	☐ Si ☐ No

Enumere a continuación los tipos y fuentes de los bienes del hogar. Proporcione tanto el valor en efectivo actual como el ingreso anual estimado del activo. (En la sección de instrucciones se encuentra una lista de ejemplos). Proporcione esta información para todos los miembros del hogar.

Nombre del Miembro del Hogar	Tipo y Fuente de Activo	Valor en efectivo del activo	Ingresos anuales del activo

AUTORIZACIÓN DE ELEGIBILIDAD: Se requiere que firme este formulario, que le permite a la Ciudad / Condado, sub-beneficiario, patrocinador, Estado o Proveedor solicitar información de Terceros sobre su elegibilidad y participación en este programa.

Información cubierta: Es posible que se realicen consultas sobre los artículos que el solicitante certifica (firma) a continuación.

Instrucciones para el solicitante: Su firma en esta Autorización de elegibilidad, y las firmas de cada miembro de su hogar que tenga 18 años de edad o más, autoriza a la Ciudad / Condado o a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a obtener información de un tercero con respecto a su elegibilidad y participación continua en el Programa CRF. Cada miembro adulto del hogar debe firmar este comunicado de elegibilidad.

La información proporcionada por los solicitantes puede estar sujeta al Capítulo 119 de los Estatutos de la Florida, con respecto a los registros abiertos.

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: Certifique que toda la información de la solicitud es verdadera y completa hasta donde usted sepa. Al firmar esta solicitud para verificar la información contenida, el solicitante autoriza a la Ciudad / Condado o a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a verificar la informacion

Entiendo / entendemos que la información proporcionada anteriormente se recopila para determinar si yo / nosotros somos elegibles para recibir asistencia bajo el programa CRF.
Por la presente certifico / certificamos que toda la información proporcionada aquí es verdadera y correcta.
Yo / Nosotros entendemos que proporcionar información o declaraciones falsas con el propósito de obtener asistencia es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda y es punible bajo el Capítulo 817 de los Estatutos de Florida como un delito menor de primer grado.
Autorizo / autorizamos a la ciudad / condado / sub-beneficiario / patrocinador mencionados anteriormente y a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud.
Yo / nosotros entendemos que es probable que se requiera información adicional para seguir adelante con este programa.

Autorización del solicitante:
Autorizo al Sub-beneficiario, Patrocinador, Estado o Proveedor mencionado anteriormente a obtener información sobre mí y mi hogar que sea pertinente para determinar mi elegibilidad para participar en el Programa. Yo reconozco que:
(1) Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original; Y
(2) Tengo derecho a revisar la información recibida mediante este formulario; Y
(3) Tengo derecho a recibir una copia de la información proporcionada al Sub-beneficiario y a solicitar la corrección de cualquier información que crea que es inexacta; Y
(4) Todos los miembros adultos del hogar firmarán este formulario y cooperarán con el Sub-beneficiario en el proceso de verificación de elegibilidad.
(5) Los solicitantes que proporcionen una autocertificación deberán presentar prueba de ingresos cuando expire la orden ejecutiva del presidente o del gobernador. Si el solicitante falsificó información para obtener asistencia, todos los fondos pagados en nombre del solicitante deben reembolsarse al programa.

Firma del Solicitante:	**Fecha**
Finrma del Co-Solicitante:	**Fecha**
Miembro del Hogar:	**Fecha**
Miembro del Hogar:	**Fecha**
Miembro del Hogar:	**Fecha**
Miembro del Hogar:	**Fecha**

Advertencia: El Capítulo 817 de los Estatutos de la Florida establece que las declaraciones falsas intencionales o la tergiversación sobre ingresos y activos o pasivos relacionados con la condición financiera es un delito menor de primer grado y se castiga con multas y encarcelamiento previstos en §775.082 o 775.083.

CRF ASSISTANCE SELF-CERTIFICATION OF INCOME FORM/FORMULARIO DE AUTO-CERTIFICACIÓN DE INGRESOS DE ASISTENCIA CRF

NOTA: Debe completarlo cada miembro adulto del hogar. Haga fotocopias de este formulario según sea necesario.

Nombre _____ Gobierno Local **CITY OF MIAMI, FL**

Dirección_____ Teléfono#_____

Ciudad, Estado, Código Postal_____

Correo Electrónico_____

1. ☐ Por la presente certifico que la pandemia de COVID-19 me ha afectado negativamente.
2. ☐ Estoy subempleado (horas reducidas) o desempleado.

1. Explique sus dificultades relacionadas con el COVID-19:

2. Recibiré ingresos de las siguientes fuentes durante los próximos 12 meses: (Marque S (sí) o N (no) para cada estado de cuenta):

S N Salarios brutos del empleo (incluidas comisiones, propinas, bonificaciones, tarifas, etc.) $_____

S N Ingresos netos de la operación de una empresa $_____

S N Ingresos por alquiler de bienes inmuebles o muebles $_____

Valor de la Propiedad $ _____

S N Valor en efectivo de todos los activos (cuenta corriente, ahorros, CD, acciones, bonos)

$_____

S N Valor de las pólizas de seguro de vida entera $_____

S N Intereses o dividendos de todos los activos $_____

S N Pagos del Seguro Social, anualidades, fondos de jubilación, pensiones o beneficios por fallecimiento $_____

S N Beneficios de Desempleo $_____

S N Pagos por discapacidad $_____

S N Pagos de asistencia pública $_____

S N Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) $ _____

S N Asignaciones periódicas como pensión alimenticia, manutención de niños o regalos recibidos de personas que no viven en mi hogar $_____

S N Ventas de recursos de autónomos $_____

S N Cualquier otra fuente no mencionada arriba $_____

S N Actualmente no tengo ingresos de ningún tipo y no se esperan cambios inminentes en mi situación económica o laboral durante los próximos 12 meses.

Utilizaré las siguientes fuentes de fondos para pagar el alquiler y otras necesidades:

Certifico que mi ingreso anual bruto anticipado para los próximos 12 meses será (Total de la sección 2): $_____.
Informaré al personal del gobierno local si mis ingresos cambian durante el período en el que reciba asistencia.

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de este contrato. La información proporcionada está sujeta a verificación por parte del condado o municipio eligible.

_____ _____ _____
Firma del Solicitante Nombre impreso del Solicitante Fecha

Testigo_____ Testigo_____

Or

FOR AN OATH OR AFFIRMATION:

STATE OF FLORIDA

COUNTY OF_____

Sworn to (or affirmed) and described before me this_____ day of _____, 20_____,

by _____.

(NOTARY SEAL)

Signature_____

Personally Known _____OR Produced Identification_____

Type of Identification Produced_____ Name of Notary (Typed, Printed, or Stamped)

PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK/Página se ha dejado en blanco intencionalmente

Form **W-9**
(Rev. October 2018)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Request for Taxpayer Identification Number and Certification

▶ Go to *www.irs.gov/FormW9* for instructions and the latest information.

Give Form to the requester. Do not send to the IRS.

Print or type. See Specific Instructions on page 3.

1 Name (as shown on your income tax return). Name is required on this line; do not leave this line blank.

2 Business name/disregarded entity name, if different from above

3 Check appropriate box for federal tax classification of the person whose name is entered on line 1. Check only **one** of the following seven boxes.

☐ Individual/sole proprietor or single-member LLC ☐ C Corporation ☐ S Corporation ☐ Partnership ☐ Trust/estate

☐ Limited liability company. Enter the tax classification (C=C corporation, S=S corporation, P=Partnership) ▶ _____

Note: Check the appropriate box in the line above for the tax classification of the single-member owner. Do not check LLC if the LLC is classified as a single-member LLC that is disregarded from the owner unless the owner of the LLC is another LLC that is **not** disregarded from the owner for U.S. federal tax purposes. Otherwise, a single-member LLC that is disregarded from the owner should check the appropriate box for the tax classification of its owner.

☐ Other (see instructions) ▶

4 Exemptions (codes apply only to certain entities, not individuals; see instructions on page 3):

Exempt payee code (if any) _____

Exemption from FATCA reporting code (if any) _____

(Applies to accounts maintained outside the U.S.)

5 Address (number, street, and apt. or suite no.) See instructions.

Requester's name and address (optional)

6 City, state, and ZIP code

7 List account number(s) here (optional)

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on line 1 to avoid backup withholding. For individuals, this is generally your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the instructions for Part I, later. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see *How to get a TIN*, later.

Note: If the account is in more than one name, see the instructions for line 1. Also see *What Name and Number To Give the Requester* for guidelines on whose number to enter.

Social security number

☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

or

Employer identification number

☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐

Part II Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me); and
2. I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below); and
4. The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Certification instructions. You must cross out item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply. For mortgage interest paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, contributions to an individual retirement arrangement (IRA), and generally, payments other than interest and dividends, you are not required to sign the certification, but you must provide your correct TIN. See the instructions for Part II, later.

Sign Here **Signature of U.S. person ▶** **Date ▶**

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future developments. For the latest information about developments related to Form W-9 and its instructions, such as legislation enacted after they were published, go to *www.irs.gov/FormW9*.

Purpose of Form

An individual or entity (Form W-9 requester) who is required to file an information return with the IRS must obtain your correct taxpayer identification number (TIN) which may be your social security number (SSN), individual taxpayer identification number (ITIN), adoption taxpayer identification number (ATIN), or employer identification number (EIN), to report on an information return the amount paid to you, or other amount reportable on an information return. Examples of information returns include, but are not limited to, the following.

- Form 1099-INT (interest earned or paid)
- Form 1099-DIV (dividends, including those from stocks or mutual funds)
- Form 1099-MISC (various types of income, prizes, awards, or gross proceeds)
- Form 1099-B (stock or mutual fund sales and certain other transactions by brokers)
- Form 1099-S (proceeds from real estate transactions)
- Form 1099-K (merchant card and third party network transactions)
- Form 1098 (home mortgage interest), 1098-E (student loan interest), 1098-T (tuition)
- Form 1099-C (canceled debt)
- Form 1099-A (acquisition or abandonment of secured property)

Use Form W-9 only if you are a U.S. person (including a resident alien), to provide your correct TIN.

If you do not return Form W-9 to the requester with a TIN, you might be subject to backup withholding. See What is backup withholding, *later.*

PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK/Página se ha dejado en blanco intencionalmente

City of Miami
SUPPLIER DIRECT DEPOSIT (ACH) AUTHORIZATION

The City of Miami Supplier Direct Deposit (ACH) Authorization form must be completed and signed by an authorized representative of the Supplier to initiate, change, or stop direct deposit of payments into a designated financial institution. The Supplier must print clearly and attach a voided check, deposit slip, or Bank Verification Letter (on bank letterhead) to this authorization form. Bank Verification Letters must also be accompanied by additional support such as a recent bank statement.

Completed forms must be submitted to the City of Miami, Finance Department, Accounts Payable Division via mail at 444 SW 2nd Ave, 6th Floor, Miami, FL, 33130, or faxed to 305-416-1987, or emailed to payables@miamigov.com

SUPPLIER INFORMATION

Name of Supplier:	Supplier Number (if known):	
FEIN/TIN/SSN:	Phone Number:	Fax Number:
Email:		
Supplier Address:	City:	State & Zip Code:

FINANCIAL INSTITUTION INFORMATION

Financial Institution Name:	Telephone Number:	
Account Number:	Routing Number:	
Address:	City:	State & Zip Code:
Account Type (select one): ☐ Checking ☐ Savings	Action Requested (select one): ☐ Start ☐ Change ☐ Stop	

I hereby authorize and request the City of Miami to initiate credit entries and, if necessary, debit entries and adjustments for any credit entries in error to the account as designated herein. This authorization is to remain in effect until withdrawn by me in writing with sufficient notice to the City to allow adequate time to effect termination.

Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____

Title: _____

Attachment: ☐ Void/Cancelled Check ☐ Deposit Slip
☐ Bank Verification Letter (accompanied by additional support such as a recent bank statement)

FOR INTERNAL USE ONLY

Entered by:	Input Date:	Effective Date:
Verified by:	Date:	