



Programa de Emergencia Long Beach CARES Para Asistencia de Rentas por COVID-19

Program de Participación-Acuerdo de Aceptación de Pagos

Número de solicitud: _____

Solicitante (inquilino):
Domicilio del inquilino:

SECCIÓN I (a) (SECCIÓN A SER LLENADA POR EL DUEÑO/APODERADO/ADMINISTRADOR)			
DUEÑO/APODERADO DE LA PROPIEDAD	ADMINISTRADOR (si procede)	NÚM. TELEFÓNICO	
CORREO ELECTRÓNICO DUEÑO/ADMINISTRADOR		NOMBRE Y APELLIDO A QUIÉN CORRESPONDA	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<p>La Ciudad de Long Beach está a cargo de la administración del programa. La misma da fe de la legitimidad del contrato de arrendamiento/alquiler y demás documentos requeridos del "solicitante" con mención al inicio de la presente y la misma determina la elegibilidad favorable para el hogar a fin de beneficiarse de la <i>Asistencia de Emergencia para Renta</i>. La Ciudad girará pago de rentas mensuales y/o de atrasos de la misma, directamente al dueño/administrador en nombre de los hogares que ésta ratifica como damnificados en lo económico durante la pandemia de COVID-19 a causa de pérdida de empleo, suspensión de labores o reducción de jornada de trabajo o paga. El presente acuerdo habrá de llenarlo el inquilino Y el dueño/administrador y ser presentada a la Ciudad a fin de tramitar el pago(s). El pago(s) se girará mensualmente a nombre del dueño. Igualmente, se requerirá que el dueño/administrador presente la <i>W-9 Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente</i> – la Ciudad le enviará al dueño la <i>W-9</i> por separado.</p>			

SECCIÓN I (b) (SECCIÓN A SER LLANADA POR LA CIUDAD)			
MONTO DE ASISTENCIA	PLAZO PREVISTO DE ASISTENCIA		
Cantidad \$ _____	Para _____ meses consecutivos con efecto en _____		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO (LETRA DE MOLDE)	FIRMA DEL FUNCIONARIO	FECHA	NÚM. TELEFÓNICO

SECCIÓN II – SECCIÓN A SER LLENADA POR EL DUEÑO/APODERADO/ENTIDAD ADMINISTRATIVA

El dueño (apoderado de la propiedad con mención al inicio de la presente) habrá de llenar esta sección.

- No participaré en *el Programa de Emergencia para Asistencia de Rentas Long Beach CARES*; o,
- Sí, deseo participar en el *Programa de Emergencia para Asistencia de Rentas Long Beach CARES*. A fin de recibir pagos, remito la presente con mi firma, la cual por ende requiere que presente la forma *W-9 Solicitud y certificación del número de identificación del contribuyente*.

LA RENTA MENSUAL SE VENCE EL _____ DÍA DE CADA MES. El inquilino está al corriente con sus pagos de la renta:

- Sí (Si es Sí, el inquilino puede ser elegible para pagos en el futuro.)
- NO No, debe de renta: \$ _____
Y el último recibo de pago fue: (fecha) \$ _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL DUEÑO/APODERADO/ADMINISTRADOR: (LEGIBLE)			NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE (INQUILINO): (LEGIBLE)		
DOMICILIO PARA LA CORRESPONDENCIA			DOMICILIO DE LA PROPIEDAD		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿Existe parentesco alguno entre el inquilino(s) y el dueño de la vivienda mencionada anteriormente?

- SÍ NO

DECLARACIÓN DEL DUEÑO/APODERADO/ADMINISTRADOR

ENTIENDO Y DECLARO: no es mi derecho el recibir pago en nombre del inquilino por aquellos meses en los que no vivió en mi propiedad. De llegar a recibir pago por la renta del mes en que el inquilino no vivió en mi propiedad, será mi deber remitir la cantidad que represente el exceso de pago de renta a la Ciudad de Long Beach. Para remitir dichas cantidades o pagos, yo tendré que comunicarme con la Ciudad al (562) 570-6949 y mandar por correo el pago a *City of Long Beach Department of Development Services, 411 Ocean Boulevard, 3rd Floor, Long Beach, CA 90802*. No cambiaré el cheque por efectivo de la renta enviada a mí directamente si el inquilino ya desalojó. La comisión de fraude o participación a sabiendas en un fraude cometido por un inquilino puede resultar en mi enjuiciamiento. De ser hallado culpable por la comisión de fraude, perderé mi derecho a recibir los pagos de renta directamente. Puede que no obtenga el derecho a entablar una demanda en contra [agencia] por los pagos de la renta o por incumplimientos de alguna de las obligaciones del inquilino.

Así mismo, entiendo y doy fe que no soy receptor de ningún otro subsidio y/o asistencia de o por parte de dicho solicitante para cubrir parte o el total del pago de la renta mensual.

La asistencia para el pago de rentas se limita a la duración de la asistencia establecida en la Sección 1 de la presente. La Ciudad tomará toda medida para que los pagos de asistencia para la renta se realicen en conformidad con el contrato de arrendamiento pero sólo se hará responsable de los cargos por atraso si son el resultado de errores administrativos del personal de la Ciudad. Yo entiendo que la asistencia se suspende una vez que se determine que uno de los participantes ya no reúne los requisitos, nunca los reunió, no se ha involucrado plenamente en el programa y/o no cumplió plenamente con los requisitos del programa conforme los haya establecido la Ciudad. Ejemplos de incumplimientos incluyen el no devolver las llamadas o correos electrónicos y no declarar todos los ingresos y egresos. [CONTINUA]

Así mismo, entiendo y concuerdo que durante el plazo del presente acuerdo es mi deber entregar copia a la Ciudad de todo aviso de desalojo o reclamo alguno, de la unidad de vivienda, dirigidos al participante del programa en conformidad con leyes estatales o municipales, a fin de propiciar una acción de desahucio contra el participante del programa.

DUEÑO/APODERADO/ADMINISTRACIÓN - FIRMA Y FECHA:

NOMBRE Y APELLIDO DEL
DUEÑO/APODERADO/ADMINISTRA
CIÓN (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL
DUEÑO/APODERADO/ADMINIST
RACIÓN:

FECHA:

NÚM.
TELFÓNICO:

Para solicitar esta información en un formato alternativo, o para solicitar alguna otra acomodación razonable, por favor llame al Departamento de Servicios para el Desarrollo de la Ciudad de Long Beach al 562.570.3807 o visite nuestra página en la red en: longbeach.gov/lbds. Un mínimo de tres días laborales es requerido para asegurar disponibilidad. Intentaremos lo mejor para asistir solicitudes recibidas de último momento.