



A partir del 22 de Febrero de 2021, el Programa de Asistencia de Vivienda de Emergencia (EHAP) ya no brindará Asistencia de Alquiler como se identifica a continuación. Virginia está ubicando inmediatamente \$160 millones en el Programa de Alivio de Alquiler de Virginia (RRP) para aumentar la estabilidad de la vivienda en todo la Mancomunidad y pondrá a disposición fondos adicionales según las necesidades, a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD), que administra el programa. Los inquilinos interesados en solicitar el RRP deben verificar su elegibilidad completando la autoevaluación en [dhcd.virginia.gov/eligibility](http://dhcd.virginia.gov/eligibility) o por teléfono marcando 2-1-1. Los inquilinos pueden ser elegibles para pagos atrasados del alquiler desde el 1 de Abril de 2020 y hasta tres meses de pagos en el futuro.

La Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario del Condado de Prince William (OHCD por las siglas en Inglés) está aceptando solicitudes para el Programa de Asistencia de Vivienda de Emergencia (EHAP por las siglas en Inglés) con fondos provistos a través de la Subvención Federal de Community Development Block Grant the CARES Act. Este programa está diseñado para brindar asistencia ~~tanto~~ a los propietarios de viviendas ~~como a los inquilinos~~ afectados por COVID-19. Los criterios de asistencia deben estar relacionados con; órdenes de quedarse en casa (pérdida de trabajo / horas reducidas); estar enfermo o ser el único cuidador en el hogar de alguien enfermo con COVID-19; están obligados a quedarse en casa con sus niños pequeños / hijos adoptivos / niños pequeños para quien eres guardián legal, debido al cierre obligatorio de guarderías y / o escuelas; u otras razones documentables relacionadas con COVID-19 a partir del 1 de Marzo de 2020. Se brinda asistencia a hogares elegibles para hipotecas, ~~alquileres~~ y utilidades (servicios publicos) para evitar la falta de Vivienda. Los pagos de asistencia se proporcionarán directamente a la compañía hipotecaria/proveedor de servicios, ~~al arrendador / compañía administradora~~ y a los proveedores de utilidades correspondientes como un pago único o no más de seis (6) meses consecutivos.

**A.1. ¿Su ingreso familiar bruto combinado está por debajo del nivel de Ingreso Medio del Área del 80% según el tamaño de su familia?**

Tamaño del Hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso	\$57,650	\$65,850	\$74,100	\$82,300	\$88,900	\$95,500	\$102,100	\$108,650

**A.2. ¿Es usted residente del Área de Prince William (Condado de Prince William o Ciudades de Manassas o Manassas Park)?**  Si  No

**A.3. ¿Tiene pruebas de reducción de ingresos, pérdida de empleo o problemas relacionados con la salud relacionados con COVID-19 a partir del 1 de Marzo de 2020?**  Si  No

**A.4. Los solicitantes que hayan recibido asistencia con hipotecas, alquileres o utilidades, de cualquier otra fuente, incluidos fondos Federales, Estatales y Locales, que fue financiado con CARES Act o Commonwealth of Virginia Federal CARES Coronavirus Relief Funds NO SON ELEGIBLES para este programa (July 1, 2020 a través de 1/31/2021).**

Seleccione "Sí" si NO HA recibido fondos de otras fuentes para asistencia hipotecaria, de alquiler y/o de utilidades. Seleccione "No" si HA recibido fondos de otras fuentes para asistencia hipotecaria, de alquiler y/o de utilidades.  Si  No

Efectivo 1 de Febrero 2021 Solicitantes / miembros del hogar que soliciten a través del Programa EHAP que hayan recibido una hipoteca; ~~asistencia de alquiler~~ y / o servicios públicos ya sea de CARES, Act, Coronavirus Relief Funds (CRF); Agencias sin fines de lucro, basadas en la fe; Programa (s) de ayuda de

empresas de servicios públicos o cualquier otra fuente; no será elegible para asistencia de vivienda de emergencia a través del Programa EHAP para financiamiento adicional para ese tipo específico de asistencia de vivienda, para el cual cualquier miembro del hogar ha recibido financiamiento.


Esto no impedirá que el Solicitante / Hogar reciba Asistencia EHAP para asistencia de emergencia para **alquiler**, hipoteca y / o servicios públicos, según corresponda a su solicitud, que no se proporcionó previamente a través de otra fuente de financiamiento.

La falsificación de información relacionada con recibir, por parte de cualquier miembro del hogar, de la asistencia de CARES, Act para asistencia de vivienda de emergencia de otras entidades resultará en el reembolso por parte del Solicitante al OHCD de todos los fondos duplicados proporcionados a través del Programa EHAP. Mediante la presentación de esta declaración, usted acepta esta cláusula de reembolso.

~~A.5. Los solicitantes que actualmente reciben asistencia de alquiler a través de un Cupón de elección de vivienda (Housing Choice Voucher) que incluye fondos basados en inquilinos y fondos basados en proyectos **NO SON ELEGIBLES** para este programa~~

~~Seleccione "Sí" si **NO ESTÁ** recibiendo asistencia para el alquiler de Vales de Elección de Vivienda (Housing Choice Voucher).~~

~~Seleccione "No" si **ESTÁ** recibiendo asistencia para el alquiler de Vales de Elección de Vivienda (Housing Choice Voucher). —  Sí  No~~

 SI RESPONDIÓ "NO" PARA CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS, NO ES ELEGIBLE PARA LA ASISTENCIA HIPOTECARIA, **DE ALQUILER** Y DE SERVICIOS A TRAVÉS DEL PROGRAMA EHAP





## ASISTENCIA PARA VIVIENDA DE EMERGENCIA (EHAP) APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Por favor imprima toda la información claramente, en tinta. Si un artículo no se aplica, indique "N/A". Asegúrese de adjuntar copias de todos los documentos solicitados en la **Lista de Verificación de la Solicitud de EHAP.**

Enviar solicitud a Office of Housing and Community Development,  
ATT: EHAP Application, 15941 Donald Curtis Drive, Suite 112, Woodbridge, VA 22191.

La Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario del Condado de Prince William (OHCD) está aceptando solicitudes para el programa de Asistencia para Vivienda de Emergencia o Emergency Housing Assistance Program (EHAP) con fondos provistos a través del Community Development Block Grant (CDBG) la Ley CARES (CARES Act). A los fines de determinar la elegibilidad para el Programa EHAP, los ingresos, los activos y las circunstancias de los hogares en relación con la forma en que COVID-19 afectó al hogar debe ser evaluado y verificado. Los factores de COVID-19 pueden incluir, entre otros, órdenes de quedarse en casa (pérdida de trabajo / horas reducidas); estar enfermo o ser el único cuidador en el hogar de alguien enfermo con COVID-19; se requiere quedarse en casa con un hijo(a) natural / adoptado / niños pequeños para quien eres guardián legal, debido a la pérdida de guarderías obligatorias y/o cierre de escuelas; u otras razones documentables relacionadas con COVID-19 a partir del **1 de Marzo de 2020**, que resultó en la pérdida de ingresos verificables. Todos los individuos, personas, familias u personas que actualmente residen juntos (ya sea por sangre, matrimonio, adopción o no relacionados) se consideran un hogar y deben cumplir con todos los requisitos del programa. Por lo tanto, debe enumerar todas las personas que actualmente residen juntas y otras personas que se prevé que ocupen la unidad de vivienda para el Programa EHAP. Toda la información solicitada en la Solicitud debe ser reportada para cada miembro del hogar. Se brinda asistencia a hogares elegibles para hipotecas, ~~alquileres~~ y gastos de utilidades, para prevenir la falta de Vivienda. Los pagos de asistencia se proporcionarán directamente a la compañía hipotecaria / proveedor de servicios, ~~al arrendador / compañía administradora~~ y a los proveedores de servicios públicos correspondientes como un pago único o no más de seis meses consecutivos.

### Nombre(s) y Datos Personales de Cada Persona que Ocupa Actualmente la Residencia Principal:

Apellido	NOMBRE Primer      Segundo	RELACION Y ESTADO CIVIL use los códigos a continuación	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	RAZA* use los códigos a continuación	HISPANO Si/No	Ancianos o Discapacitado Use los códigos a continuación
		<b>Cabeza de Hogar</b>					

M-Married/Casado(a) S-Single/Soltero(a) D-Divorced/Divorciado(a) W-Widowed/Viudo(a)

11-White/Blanco 12-Black/African American/ Negro/Afro Americano 18- Negro/Afro Americano & Blanco 13-Asian/Asiático 17- Asiático & Blanco  
14-American Indian/Alaskan Native/ Indio Americano/ Nativo de Alaska 16- Indio Americano/ Nativo de Alaska & Blanco  
19- Indio Americano/ Nativo de Alaska & Blanco & Negro/Afro Americano  
15-Native Hawaiian/Other Pacific Islander/ Hawaiano Nativo/ Otro Isleño del Pacifico 20-Other

NE-Elderly (62+ years)/Anciano  
ND- No Disability/No Discapacitado  
YD- Yes Disabled/Si Discapacitado

For Official Use Only  
OHCD Date and Time Stamp: \_\_\_\_\_

Approved  Denied   
Incomplete Application   
Returned Date \_\_\_\_\_

**Información de Contacto del Hogar: Listar la información de contacto para Cabeza de Hogar**

Cabeza de Hogar \_\_\_\_\_

Dirección de Propiedad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (email) \_\_\_\_\_

**Información de Contacto del Hogar: Listar la información de contacto del cosolicitante**

Cabeza de Hogar \_\_\_\_\_

Dirección de Propiedad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (email) \_\_\_\_\_

***Esta información de contacto solicitada es esencial para comunicarse con el Solicitante y el Co-Solicitante cuando hay preguntas y correspondencia necesaria para que nuestra oficina procese su solicitud de asistencia de una manera más eficiente.***

**Activos:** Los activos son artículos en efectivo o no en efectivo que se pueden convertir en efectivo. Proporcione información para cada persona (incluidos los menores) que actualmente residen juntos. Si los bienes combinados del hogar son iguales o menores a \$ 5,000, el solicitante deberá firmar un "Formulario de Autodeclaración". Para los hogares con activos combinados totales superiores a \$ 5,000, proporcione todas las páginas de los estados de cuenta bancarios más recientes para todas las cuentas de activos (por ejemplo, todas las cuentas corrientes, de ahorro, cuentas de mercado monetario, las cuentas 401K, CD's, las cuentas de jubilación y el seguro de vida completa, etc.)

**Especifique el tipo** de efectivo en caja, cuentas corrientes y de ahorro, IRA, CD, mercado monetario, bonos, acciones, capital en propiedades, seguro de vida, pensiones, otras cuentas, etc.

_____	_____	_____	\$ _____
Nombre en la Cuenta	Banco/Nombre de la cuenta y #	Tipo (de Cheques/Ahorros)	Saldo Actual
_____	_____	_____	\$ _____
Nombre en la Cuenta	Banco/Nombre de la cuenta y #	Tipo (de Cheques/Ahorros)	Saldo Actual
_____	_____	_____	\$ _____
Nombre en la Cuenta	Banco/Nombre de la cuenta y #	Tipo (de Cheques/Ahorros)	Saldo Actual
_____	_____	_____	\$ _____
Nombre en la Cuenta	Banco/Nombre de la cuenta y #	Tipo (de Cheques/Ahorros)	Saldo Actual
_____	_____	_____	\$ _____
Nombre en la Cuenta	Banco/Nombre de la cuenta y #	Tipo (de Cheques/Ahorros)	Saldo Actual

**Pólizas de Seguro de Vida Entera**

_____	_____	\$ _____
Nombre en la Póliza	Compañía	Valor Nominal
_____	_____	\$ _____
Nombre en la Póliza	Compañía	Valor Nominal
_____	_____	\$ _____
Nombre en la Póliza	Compañía	Valor Nominal

**Propiedad propia** Esto incluye acciones de tiempo y todos los bienes inmuebles de todo tipo.

_____	_____	_____	\$ _____
Nombre de Propietario(s)	Tipo de Propiedad	Dirección Calle Ciudad Código Postal	Valor Actual
_____	_____	_____	\$ _____
Nombre de Propietario(s)	Tipo de Propiedad	Dirección Calle Ciudad Código Postal	Valor Actual
_____	_____	_____	\$ _____
Nombre de Propietario(s)	Tipo de Propiedad	Dirección Calle Ciudad Código Postal	Valor Actual

**Verificación de Ingresos del Hogar:** Lista a todos los miembros del hogar de 18 años o mayores que reciben ingresos (salarios, manutención de los hijos, pensión alimenticia, desempleo, seguro social, jubilación, etc.)

Nombre del Miembro del Hogar \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ FAX del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_  Mensual  Semi-Mensual  Quincenal  Semanal

**Verificación de Ingresos del Hogar:**

Nombre del Miembro del Hogar \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ FAX del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_  Mensual  Semi-Mensual  Quincenal  Semanal

**Household Income Verification:**

Nombre del Miembro del Hogar \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ FAX del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_  Mensual  Semi-Mensual  Quincenal  Semanal

**Household Income Verification:**

Nombre del Miembro del Hogar \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ FAX del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_  Mensual  Semi-Mensual  Quincenal  Semanal

**Otros Ingresos:** Proporcione información para cada persona que actualmente reside juntos (adjunte una hoja adicional si se necesita espacio adicional)

**Especificar Fuente** Manutención de Menores, Beneficios de Desempleo, Pensión Alimenticia, Donaciones o Pagos Regulares, Seguro Social, SSI, Beneficios para Veteranos, Incapacidad, Pensión / Jubilación u Otros

Fuente _____	Persona Recibiendo _____	Suma Bruta Anual \$ _____ (antes de impuestos)
Fuente _____	Persona Recibiendo _____	Suma Bruta Anual \$ _____ (antes de impuestos)
Fuente _____	Persona Recibiendo _____	Suma Bruta Anual \$ _____ (antes de impuestos)

**Estado de Estudiante a Tiempo Completo:** Lista a continuación cualquier miembro adulto del hogar que sea estudiante de tiempo completo. Adjunte copia de la transcripción del estado del año actual

Nombre del Miembro del Hogar \_\_\_\_\_

Relación con Cabeza de Hogar:  Solicitante  Co-Solicitante  Otro (name) \_\_\_\_\_

**SI SOLICITA ASISTENCIA HIPOTECARIA POR FAVOR COMPLETE A CONTINUACIÓN:**

**Información de Hipoteca:** Proporcione una copia de la (s) declaración (s) hipotecaria (s) más actual (es) de la compañía hipotecaria / administrador que debe incluir el nombre del prestatario (s), la dirección de la propiedad y los números de cuenta principales, según corresponda, y la dirección postal de la compañía hipotecaria.

<b>Primera-Hipoteca</b> <b>Información de Gravamen de Propiedad</b> <b>Nombre del Titular del Gravamen y Dirección Postal</b>	<b>Numero de Cuenta</b>	<b>Pago Mensual</b>	<b>Cantidad de Atrasos</b>	<b># Meses de atraso</b>
Nombre de la Compañía Hipotecaria: _____  Dirección Postal: _____ _____  Número de Teléfono: _____  Correo Electronico (Email): _____		\$	\$	
<b>Segunda-Hipoteca</b> <b>Información de Gravamen de Propiedad</b> <b>Nombre del Titular del Gravamen y Dirección Postal</b>	<b>Numero de Cuenta</b>	<b>Pago Mensual</b>	<b>Cantidad de Atrasos</b>	<b># Meses de atraso</b>
Nombre de la Compañía Hipotecaria: _____  Dirección Postal: _____ _____  Número de Teléfono: _____  Correo Electronico (Email): _____		\$	\$	

**SI SOLICITA ASISTENCIA DE UTILIDADES, POR FAVOR COMPLETE A CONTINUACIÓN:**

**Información de Utilidad:** Proporcione una copia de las facturas de utilidades (servicios públicos) actuales, según corresponda, que debe incluir los nombres de los titulares de la cuenta, la dirección de la propiedad, el número de cuenta y la dirección postal de la empresa de utilidades (servicios públicos)

Empresa de Agua /Alcantarillado	# Cuenta	Suma Atrasada	Cantidad de Factura Actual
<p>Por favor seleccione su Compañía de Agua /Alcantarillado:</p> <p><input type="checkbox"/> Dale Service Corp.</p> <p><input type="checkbox"/> Manassas Department of Utilities</p> <p><input type="checkbox"/> Manassas Park Utility Department</p> <p><input type="checkbox"/> Prince William County Service Authority</p> <p><input type="checkbox"/> Virginia-American Water Company</p> <p>Dirección Postal: _____                      _____                      _____</p> <p>Nombre(s) del titular de la Cuenta: _____</p>		\$	\$

Empresa de Electricidad	# Cuenta	Suma Atrasada	Cantidad de Factura Actual
<p>Por favor seleccione su compañía Eléctrica:</p> <p><input type="checkbox"/> Dominion Virginia Power</p> <p><input type="checkbox"/> Northern Virginia Electric</p> <p><input type="checkbox"/> Manassas Department of Utilities</p> <p>Dirección Postal: _____                      _____                      _____</p> <p>Nombre(s) del titular de la Cuenta: _____</p>		\$	\$



Empresa de Gas	# Cuenta	Suma Atrasada	Cantidad de Factura Actual
<p>Por favor seleccione su Compañía de Gas:</p> <p><input type="checkbox"/> Columbia Gas of Virginia</p> <p><input type="checkbox"/> Washington Gas</p> <p>Dirección Postal: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre(s) del titular de la Cuenta: _____</p>		\$	\$

**Lista de Documentos Requeridos:** Proporcione una COPIA de los documentos REQUERIDOS en la lista a continuación, necesarios para una determinación de elegibilidad para asistencia.

**Los documentos requeridos se identifican con un \***

- ✓ \*Identificación Válida con Foto o Licencia de Conducir de Virginia válida para todos los miembros adultos del hogar (mayores de 18 años)
- ✓ \*Acta de nacimiento o documentos emitidos por el gobierno del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para verificar la residencia legal de todos los miembros del hogar que actualmente residen en el hogar
- ✓ \*Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar
- ✓ \*Prueba de ingresos PRE-COVID-19 para todos los miembros adultos del hogar 30 días antes de reducción de ingresos
- ✓ \*Ingreso familiar actual, para todos los miembros adultos del hogar (recibos de sueldo consecutivos actuales de los últimos 30 días a partir de la fecha de presentación de la solicitud o, Declaración (s) de beneficios de desempleo, Beneficios del Seguro Social, Jubilación, Manutención de menores, Pensión alimenticia, Otros)
- ✓ \* Formulario de **“Consent of Information Form”** completo y firmado que otorga la capacidad del OHCD para recopilar y utilizar la información pertinente según lo dispuesto en el formulario de consentimiento para determinar la elegibilidad y la prestación de asistencia
- ✓ Autodeclaración de pérdida de ingresos por empleo debido a COVID-19
- ✓ Autodeclaración de pérdida de ingresos de trabajo por cuenta propia debido a COVID-19
- ✓ Los hogares con activos combinados totales mas que \$5,000, proporcione todas las páginas de los estados de cuenta bancarios más recientes para todas las cuentas de activos (por ejemplo, todas las cuentas corrientes, de ahorro, del mercado monetario, CD, cuentas 401K, cuentas de jubilación y seguro de vida completa, etc.)
- ✓ Los hogares con activos combinados totales iguales o menos que \$5,000, el solicitante debe firmar el formulario de Autodeclaración (ver adjunto) **“Self-Declaration”** form (see attached)
- ✓ La(s) declaración(s) hipotecaria(s) más actual(es) de la compañía hipotecaria / administrador que debe incluir el nombre del prestatario, la dirección de la propiedad y los números de cuenta principal
- ~~✓ Arrendamiento de alquiler actual/Contrato de alquiler que debe incluir la dirección, nombre del inquilino de la propiedad y el nombre del arrendador/compañía administradora según corresponda~~
- ✓ Facturas de utilidades (servicios públicos) de sus dos meses actuales y pasados para verificar cualquier atraso que debe contener su nombre, dirección de propiedad y número de cuenta. (El servicio de basura facturado individualmente, teléfono, cable, TV satelital, y internet/WiFi NO se considerará una utilidad)
- ✓ Comprobante del estado de estudiante (s) a tiempo completo para mayores de 18 años (junto con comprobante de ingresos) (excepto cabeza de hogar, cónyuge o co-cabeza de hogar), si corresponde

**Certificaciones para el Programa de Asistencia para Vivienda de Emergencia (EHAP):** El (los) solicitante(s) deben leer las siguientes declaraciones y firmar con iniciales para certificar lo siguiente:

\_\_\_\_\_ Certifico que la información de la aplicación proporcionada es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_ Certifico que me he identificado con un  a continuación en todas las situaciones que se aplican a mi hogar que fueron causadas por COVID-19 después del 1 de marzo de 2020

- Reducción de Ingresos
- Pérdida de Empleo
- Problemas Relacionados con la Salud
- Problemas de Cuidado de Niños que Resultan en la Reducción de Ingresos o Pérdida de Empleo
- Otra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en proporcionar toda la documentación necesaria para ayudar a determinar la elegibilidad y soy consciente de que toda la información y los documentos proporcionados, excepto los exentos de conformidad con la ley, son un asunto de registro público

\_\_\_\_\_ Además, doy permiso y autorizo a cualquier empleador, institución financiera, banco, prestamista hipotecario, ~~compañía administradora / arrendador~~ u otra agencia pública o privada a revelar información que se considere necesaria para completar esta solicitud.

\_\_\_\_\_ El(los) solicitante(s) certifica que toda la información en esta solicitud, y toda la información proporcionada en respalda a esta solicitud, se proporciona con el propósito de determinar la elegibilidad y obtener fondos bajo el Programa de Asistencia para Vivienda de Emergencia (EHAP) a través de la Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario (OHCD) para evitar la falta de vivienda

\_\_\_\_\_ **ADVERTENCIA** Entiendo que bajo el título 18, la Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es CULPABLE DE UNA FELONÍA POR HACER DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS CON SATISFACCIÓN e INTELIGENCIA a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos. HACER DECLARACIONES FALSAS TAMBIÉN ES UNA FELONÍA BAJO LAS LEYES DE ESTE ESTADO.

**SOLO LAS APLICACIONES COMPLETADAS CON TODAS LAS VERIFICACIONES SOLICITADAS SERÁN REVISADAS PARA ELEGIBILIDAD**

Confirme que ha incluido copias (no envíe los originales) de todos los documentos requeridos en relación con esta aplicación como se detalla en la Lista de Verificación de la Aplicación.

Se requiere que todos los adultos del hogar revisen el contenido de esta aplicación para verificar su exactitud e integridad, y firmar y fechar:

\_\_\_\_\_ Cabeza de Hogar

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Otro Miembro Adulto del Hogar

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Otro Miembro Adulto del Hogar

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Otro Miembro Adulto del Hogar

\_\_\_\_\_ Date

**CONSENT TO EXCHANGE INFORMATION**  
**Emergency Housing Assistance Program (EHAP)**

I, \_\_\_\_\_(Applicant **full name**) by signing this form is thereby granting permission for the information checked below to be provided to the Office of Housing and Community Development (OHCD) from the applicable sources necessary to verify information provided within the EHAP Application submitted in order to make an eligibility determination for assistance.

I, \_\_\_\_\_(Co-Applicant **full name**) by signing this form is thereby granting permission for the information checked below to be provided to the Office of Housing and Community Development (OHCD) from the applicable sources necessary to verify information provided within the EHAP Application submitted in order to make an eligibility determination for assistance.

I, \_\_\_\_\_(Other Adult Household Member **full name**) by signing this form is thereby granting permission for the information checked below to be provided to the Office of Housing and Community Development (OHCD) from the applicable sources necessary to verify information provided within the EHAP Application submitted in order to make an eligibility determination for assistance.

I, \_\_\_\_\_(Other Adult Household Member **full name**) by signing this form is thereby granting permission for the information checked below to be provided to the Office of Housing and Community Development (OHCD) from the applicable sources necessary to verify information provided within the EHAP Application submitted in order to make an eligibility determination for assistance.

I, \_\_\_\_\_(Other Adult Household Member **full name**) by signing this form is thereby granting permission for the information checked below to be provided to the Office of Housing and Community Development (OHCD) from the applicable sources necessary to verify information provided within the EHAP Application submitted in order to make an eligibility determination for assistance.

I want the following confidential information about the client to be exchanged:

Yes	No	Yes	No	Yes	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assessment Information		Educational Records		Mortgage and/or Rental	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Financial Information		Insurance (Homeowners)		Employment Records	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Benefits/Services Received					

**I want** Prince William County Office of Housing and Community Development (OHCD)  
 15941 Donald Curtis Drive #112, Woodbridge, VA 22191 –

And the following other agencies to be able to exchange this information:

1. *Prince William County member agencies and employees of and to include:*
  - a. *Office of Housing and Community Development (OHCD)*
  - b. *Community Services Board*
  - c. *Department of Social Services: Prince William County City of Manassas and Manassas Park*
  - d. *Virginia Housing (VH) formally Virginia Housing Development Authority (VHDA) or other Mortgage Lien Holders; Mortgage Service Provider and Mortgage Trustees*
  - e. *Landlord/Management Companies, as applicable*
  - f. *Utility Providers as applicable*
  - g. *Northern Virginia Non-Profits & other Agencies providing emergency housing assistance through CARES, Act and State Coronavirus Relief Funds*

I want this information to be exchanged ONLY for the following purpose(s):  Eligibility Determination

**Information may be exchanged by written, computerized and verbal methods.**

This consent is good until involvement and assistance through the Emergency Housing Assistance Program ends. I can withdraw this consent at any time by telling the referring agency. This will stop the listed agencies from sharing information after they know my consent has been withdrawn. I have the right to know what information about me has been shared, and why, when, and with whom it was shared. If I ask, each agency will show me this information. I want all the agencies and companies listed to accept a copy of this form as a valid consent to share information. If I do not sign this form, information will not be shared, and I will have to contact each agency individually to give them the information that they need.

Signature(s): \_\_\_\_\_ (Date)

Signature(s): \_\_\_\_\_ (Date)

Signature(s): \_\_\_\_\_ (Date)

Signature(s): \_\_\_\_\_ (Date)

Signature(s): \_\_\_\_\_ (Date)