

**City of Coalinga**

**Rental Assistance Grant Program Application**

**Application Deadline: Thursday, November 19, 2020 by 5:00PM**



**CITY OF COALINGA**  
*The Sunny Side of the Valley*

**APPLICANT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL APPLICANTE**

Full Name /Nombre Completo	
Co-Applicant Name/Nombre	
Address/Dirección	
City/ Ciudad	
State/Estado	
ZIP/Código Postal	
Phone/Numero de Tele	
Cell Phone/Tele Cellular	
EMAIL/Correo Electrónico	
Employer Name/Nombre de Empleador	
Address/Dirección	
City/ Ciudad	
State/Estado	
ZIP/Código Postal	
Phone/Numero de Tele	
Contact/Contacto	
EMAIL/Correo Electrónico	

What size is your current unit?                      Studio                      1BR                      2 BR                      2 BR  
 ¿Cuál es el tamaño de la unidad que ocupa?                      Estudio                      1HBR                      2HBR                      2HBR

How much is your monthly rent payment? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto paga usted de renta mensualmente?

What is your balance due?  
 ¿Cuál es su balance del pago?

Do you have a Housing Choice Voucher?  
 (¿Programa de Vales de Elección de Vivienda?)                      No/No                      Yes/Si

Do you receive any other type of rental assistance or rent relief benefit?  
 ¿Recibe usted algún otro tipo de asistencia con su pago de renta?                      No/No                      Yes/Si

If yes, amount?                      Source  
 sí, ¿cuánto?                      Programa



### Household Composition

- Please provide information for everyone living in this household starting with the leaseholder and spouse/partner, if any.
- Continue to list the names and ages of every person who lives in your house from oldest to youngest.
- For Employment Status, please use the list on the right.

- Employment Status
1. Working Full-time
  2. Working Part-time
  3. Self- Employment
  4. Unemployment, looking for work
  5. Unemployment, not looking for work
  6. In-job training
  7. Temporarily laid off
  8. Retired
  9. Permanently disabled
  10. Temporary disability
  11. In school
  12. Something else, specify

### Composición de su Grupo Familiar

- Por favor provea información de todas aquellas personas que residan con usted, comenzando con el arrendatario y su esposo(a) o compañero (a) (si alguno(a)).
- Continúe con todos los nombres y edades de mayor a menor)
- Para Situación Laboral, por favor use la lista a la derecha

- Situación Laboral
1. Trabaja a tiempo completo
  2. Trabaja a tiempo parcial
  3. Trabaja por cuenta propia
  4. Desempleado/Buscando empleo
  5. Desempleado/no busca
  6. En entrenamiento del empleo
  7. Despedido por temporada
  8. Retirado
  9. Permanentemente discapacitado
  10. Discapacitado temporal
  11. Estudiando
  12. Otro, especifica

Name Nombre	Age Edad	Position or Employment Type, if applicable Posición o tipo de empleo, si aplica	Relationship to Leaseholder  Parentesco con arrendatario (quien figura en el contrato)	Disabled Yes/No  Discapacitado Si/No	Employment Status  Situación Laboral



**Current Household Income**

In the table below, please list each member of your household and their gross income (before taxes and deductions) since you were laid off or your hours reduced.

- Employment and Wages - Includes full-time employment, part-time employment and overtime.
  - **You must include pay frequency (Yearly, Monthly, Weekly, Biweekly).** See example below on first row.
- Social Security and Pensions - includes retirement benefits, disability insurance benefits, social security benefits and social security disability
- Public Assistance - Includes unemployment benefits, public assistance income, student financial aid, temporary assistance for needy families, rent relief, supplemental security income
- Other Income - Includes self- employment, contract child support, rent income.
  - **You must include pay frequency (Yearly, Monthly, Weekly, Biweekly).** See example below on first row.

**Ingreso Familiar**

Por favor mencione a cada miembro de su núcleo familiar que genere ingresos y la cantidad total (antes de cualquier deducción) desde que fue despedido o sus horas fueron reducidas por el VIRUS CORONA- 19

- Ingreso de Salario - Incluye empleo a tiempo completo, empleo a tiempo parcial, y tiempo extra.
  - Debe incluir la frecuencia de pago **(Anual, Mensual, Semanal, o Bisemanal).** Vea el ejemplo en la primera línea.
- Seguro Social y Pensiones - Incluye cuentas de retiro, beneficios de seguro por incapacidad, beneficios de seguro social, beneficios de seguro social por incapacidad
- Asistencia Pública - incluye beneficios de desempleo, asistencia social, ayuda estudiantil, beneficios de TANF, ayuda de renta, seguro de ingreso suplementario
- Otro Ingreso - Incluye ingreso de trabajo por cuenta propia o negocio, contrato, pensión alimentaria, ingreso de renta.
  - Debe incluir la frecuencia de pago **(Anual, Mensual, Semanal, o Bisemanal).**

Name	Employment and Wages	Social Security and Pensions	Public Assistance	Other Income	Total Income
Nombre	Ingreso de Salario	Seguro Social y Pensiones	Asistencia Pública	Otro Ingreso	Ingreso Total
Rose Smith Example/Ejemplo	\$3,350.00 monthly \$3,350.00 mensual	\$ 0.00	\$ 0.00	\$1,000.00 monthly \$1,000.00 mensual	\$4,350.00
<b>Total Household Income, including/confirming pay frequency</b> <b>Ingreso Familiar Total, incluyendo/confirmando frecuencia de pago</b>					



**Race/National Origin for Head of Household - Raza/Origen Nacional**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> White (not Hispanic or Latino)            | <input type="checkbox"/> Blanco (no Hispano o Latino)          |
| <input type="checkbox"/> Black or African American                 | <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano                |
| <input type="checkbox"/> Asian                                     | <input type="checkbox"/> Asiático                              |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native            | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska     |
| <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino                        | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino                      |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Prefer not to answer                      | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar                 |

**Initial/Inicial**

My total household income is at/or below 80% Area Median Income (AMI)  
Mi ingreso familiar es 80% o menos de 80% del Ingreso Medio del Area (IMA).

\_\_\_\_\_

The property is my primary residence and located within City limits of City of Coalinga  
La propiedad es mi residencia principal y ubicada dentro de los límites de la Ciudad de Coalinga.

\_\_\_\_\_

I have a COVID-19 related hardship with verification.  
Tengo verificación de una dificultad relacionada con el Covid-19.

\_\_\_\_\_

I have not received any other rental assistance, through any other programs, for the past 12 months. No  
he recibido ninguna ayuda de alquiler, a través de ningún otro programa, durante los últimos 12 meses.

\_\_\_\_\_

My household has not received any other rental assistance, through any other programs for the past 12  
months.  
Mi hogar no ha recibido ninguna ayuda para el alquiler, a través de ningún otro programa durante los  
últimos 12 meses.

\_\_\_\_\_

Tenant(s) of my household do not receive Housing Choice Voucher (Section 8).  
Los inquilinos de mi hogar no reciben una boleta de Elección de Vivienda (Sección 8).

\_\_\_\_\_

I owe past due rent.  
Debo renta vencida.



**Household Income Prior to March 1, 2020**

Please list each member of your household and their gross income (before taxes and deductions).

- Employment and Wages - Includes full-time employment, part-time employment and overtime.
  - You must include pay frequency (Yearly, Monthly, Weekly, Biweekly). See example below highlighted in yellow.
- Social Security and Pensions - includes retirement benefits, disability insurance benefits, social security benefits and social security disability
- Public Assistance - Includes unemployment benefits, public assistance income, student financial aid, temporary assistance for needy families, rent relief, supplemental security income
- Other Income - Includes self-employment, contract child support, rent income.
  - You must include pay frequency (Yearly, Monthly, Weekly, Biweekly).

**Ingreso Familiar antes de 1 marzo 2020**

Por favor mencione a cada miembro de su núcleo familiar que genere ingresos y la cantidad total (antes de cualquier deducción).

- Ingreso de Salario - Incluye empleo a tiempo completo, empleo a tiempo parcial, y tiempo extra.
  - Debe incluir la frecuencia de pago (Anual, Mensual, Semanal, Bisemanal). Vea el ejemplo en la primera línea.
  - Seguro Social y Pensiones - Incluye cuentas de retiro, beneficios de seguro por incapacidad, beneficios de seguro social, beneficios de seguro social por incapacidad
- Asistencia Pública - incluye beneficios de desempleo, asistencia social, ayuda estudiantil, beneficios de TANF, ayuda de renta, seguro de ingreso suplementario
- Otro Ingreso - Incluye ingreso de trabajo por cuenta propia o negocio, contrato, pensión alimentaria, ingreso de renta.
  - Debe incluir la frecuencia de pago (Anual, Mensual, Semanal, Bisemanal). Vea el ejemplo en la primera línea.

Name Nombre	Employment and Wages Ingreso de Salario	Social Security and Pensions Seguro Social y Pensiones	Public Assistance Asistencia Pública	Other Income Otro Ingreso	Total Income Ingreso Total
Rose Smith Example/Ejemplo	\$3,350.00 monthly \$3,350-00 mensual	\$ 0.00	\$ 0.00	\$1,000.00 monthly \$1,000.00 mensual	\$4,350.00
<b>Total Household Income, including/confirming pay frequency</b> <b>Ingreso Familiar Total, incluyendo /confirmando frecuencia de pago</b>					



**Household Assets**

Please list assets owned by each member of your household.

**Activos/valores familiares**

Enumere todos los activos/valores de su núcleo familiar

Name	Cash	Checking Account	Savings Account	Stocks and Bonds	Retirement	Real Estate Est. Value	Total
Nombre	Efectivo	Cuentas de cheques	Cuentas de ahorros	Acciones y Bonos	Cuenta de Retiro	Valor estimado de propiedad inmueble	Total
Total							

Income verification: Please provide all applicable documents from the following list for each adult who receives income: letter from employer, pay-stubs, social security or disability benefits letter or statement, retirement benefits letter or statement, child support court order or state agency letter.

Loss of income verification: Please provide any of the following applicable documents: layoff, furlough, or involuntary termination notices, letters from the employer, or other verification of loss of income provided by the employer.

I certify that the information provided herein is true and complete and that any misrepresentation of income or household size reported herein shall be cause for program disqualification. I also understand that this information is to be used only for determining my **preliminary** eligibility for rental assistance and does not obligate me or the City of Coalinga in any way.

Verificación de ingreso: Por favor provea todos los documentos según corresponda de aquellos miembros de su grupo familiar que generen ingresos: carta de su patrono, colillas/talonarios de pago, carta de beneficios gubernamentales, carta de seguro social, carta de beneficios de desempleo, estado de cuenta de beneficios de retiro, orden de la corte para la pensión alimenticia o carta de agencia del estado.

Verificación de pérdida de ingreso: Por favor provea los siguientes documentos según correspondan: carta de despido, carta de reducción de horas o aviso de terminación involuntaria de empleo u otra verificación del empleador de la terminación de su empleo.

Certifico que la información aquí provista es verdadera y completa y que cualquier falsa representación de ingreso o tamaño familiar deberá ser causa para la descalificación del programa. Yo también entiendo que esta información será utilizada únicamente para determinar mi elegibilidad para asistencia de emergencia con el pago de renta y no constituye ninguna obligación por parte mía, ni de la Ciudad de Coalinga.

\_\_\_\_\_  
Applicant Name / Nombre

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Co-Applicant Name / Nombre

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha



**APPLICATION CHECKLIST:** If not applicable indicate with **N/A**

1. \_\_\_\_ Application completed (**Sign & answer all questions**). Eligible participants must provide. All persons living in the household must be included on application.

2. \_\_\_\_ **Official form of identification with picture**

Driver's License or State Issued Identification Card (the address on this form of identification does not need to match that of the primary address in which applicant is requesting assistance for) (**Applicant and Co-Applicant**)

3. \_\_\_\_ **Copy of Lease/Rental Agreement** - Copy of executed lease/rental agreement verifying that the applicant requesting the assistance is named on the lease. All rental assistance will be paid directly to the landlord/property owner. A W-9 form for the landlord/property owner will be required for payment. (attached to the application)

4. \_\_\_\_ **Proof of gross income** (prior to March 1<sup>st</sup> and current)

**1-month worth/30 days** each of paystubs prior to March 1<sup>st</sup> and **1-month worth** most recent source of income. **Note: Applicant must have had a reduction in income to qualify for assistance**

5. \_\_\_\_ **Landlord Authorization & W-9 Forms**- Documentation from landlord/property owner for rent owed which includes tenant's name, the month(s), date(s), and amounts for rent owed. (attached to the application).

6. \_\_\_\_ **Documentation of financial impact related to COVID-19**-Letter from employer regarding layoff, closure of business or reduction in hours, furlough, documentation from doctor quarantine or hospitalization, or documentation childcare unavailability/school closure.

7. \_\_\_\_ **Bank Statement(s)** – Most recent bank statement(s) of all bank accounts for Applicant & Co-Applicant (all pages of statement(s)).

**For Office Use Only**

Date Application Received: \_\_\_\_\_ Received By: \_\_\_\_\_

Application: Complete  \_\_\_\_\_ Incomplete Denied  \_\_\_\_\_

First Request Date Called: \_\_\_\_\_ Second Request Date Called: \_\_\_\_\_

Application Approved: \_\_\_\_\_

