

**Cidade de Framingham**  
**Programa de Pagamento de Assistência Emergencial**

Em resposta à pandemia do coronavírus, a Cidade de Framingham dará um auxílio para pagamento de aluguel, hipoteca e/ou pagamentos de serviços públicos por dois (2) meses para atenuar os inconvenientes gerados às famílias que perderam o emprego e a renda principal a partir do dia 10 de março de 2020. Utilizando recursos do Subsídio de Desenvolvimento Comunitário Global (*Community Development Block Grant*) e financiamento adicional disponibilizado pelo Congresso por meio da Lei de Auxílio, Ajuda e Segurança Econômica devido ao Coronavírus (CARES, por sua sigla em inglês), a cidade criou o programa para residentes que comprovem o atendimento aos requisitos apresentando as informações solicitadas na lista de verificação que segue:

**Objetivos do programa:**

- Aliviar a pressão financeira sobre as famílias que sofrem dificuldades durante a pandemia de COVID-19
- Proporcionar maior segurança econômica aos proprietários de imóveis e proprietários de imóveis alugados

**Lista de verificação para a solicitação**

1. Para os locatários:
  - Os solicitantes e/ou cossolicitantes estavam empregados antes da pandemia e foram demitidos ou tiveram seu contrato rescindido como resultado dela
    - Carta de comprovação do empregador mostrando a rescisão e os recibos de pagamento de um período de oito semanas anteriores ao início das dificuldades
    - Cópia do contrato de locação ou carta do proprietário declarando o aluguel
    - Evidência de ter boa relação com o proprietário e de não estar sujeito(a) a despejo por falta de pagamento do aluguel antes da pandemia
2. Para os proprietários de imóveis:
  - Os solicitantes e/ou cossolicitantes estavam empregados antes da pandemia e foram demitidos ou tiveram contrato rescindido como resultado dela
    - Carta de comprovação do empregador mostrando a rescisão e os recibos de pagamento de um período de oito semanas anteriores ao início das dificuldades
    - Notificação do(a) locador(a) indicando que o(a) proprietário(a) não se qualifica para flexibilidade no pagamento ou suspensão da hipoteca
  - Declaração de hipoteca mostrando a quantia principal e os juros
  - Verificação da idoneidade comprovada com os pagamentos da hipoteca
3. Informações da conta bancária:
  - Cópias dos extratos da conta corrente dos últimos seis (6) meses
  - Extrato mais recente da(s) conta(s) de poupança, conta individual de aposentadoria (IRA), ações/títulos, anuidades, certificados de depósito bancários (CDs), fundos mútuos, contas do mercado monetário, etc.
4. Prova de identificação para todos os solicitantes e cossolicitantes:  
o Carteira de motorista/Identidade estadual (ID) o Cartão do Seguro Social o Certidão de nascimento e/ou Status de Imigrante (por exemplo, o “*Green Card*” ou seja, *Cartão de Residência*, Certidão de Naturalização ou Passaporte Americano)
5. Despesas com moradia:
  - Entregar cópias das declarações mais recentes de:  
\_Hipoteca ou \_Aluguel \_Água/Esgoto \_Gás \_Combustível (*Oil*) \_Eletricidade
  - O programa não paga impostos ou taxas em atraso, ou seja, pagamentos em atraso ou dívidas de

aluguel, hipotecas ou serviços públicos. Ele cobre até dois meses de despesas futuras com base nas faturas desses períodos e existe um limite de despesas de US\$ 5.000 por locatário(a) ou proprietário(a) e de um endereço por proprietário(a).

**6.** As solicitações preenchidas e assinadas devem ser encaminhadas eletronicamente por e-mail ao escritório para o endereço [communitydevelopment@framinghamma.gov](mailto:communitydevelopment@framinghamma.gov). A cidade de Framingham tem o direito de rejeitar qualquer solicitação.

# Cidade de Framingham

## Programa de Pagamento de Assistência Emergencial

### Ficha de solicitação

Preencha com todas as informações solicitadas e devolva o formulário ao Departamento de Desenvolvimento Comunitário, aos cuidados de:  
Nathalie Jean, 150 Concord St., Suite B3, Framingham, MA 01702, Tel. (508) 532-5457.  
Agradecemos.

Data da solicitação

#### Informações do(a) solicitante

Primeiro nome:

Sobrenome

Data de nascimento:

Nº Seguro Social (SSN):

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.:

E-mail:

Tem renda

Fonte de renda

**Raça**

- Branca
- Negra/Afro-americana
- Asiática
- Indígena Americana/Nativo do Alaska
- Nativo do Haváí/ Outra ilha do Pacífico
- Indígena Americana/Nativo do Alaska e Branca
- Asiática e Branca
- Negra/Afro-americana e Branca
- Indígena Americana/Nativo do Alaska e Negra/Afro-americana
- Multirracial

**Etnia**

- Hispânica ou Latina
- Não hispânica



---

**Informação sobre os membros da residência:** Começando com o(a) solicitante, liste todas as pessoas que moram na unidade residencial.

Informe abaixo a renda/os ganhos de todos os membros da residência. Essa renda pode abranger, mas não se limita, a renda do emprego, renda do trabalho autônomo, indenização por desemprego, previdência social, Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF), renda por incapacidade, pensão alimentícia, pensões, renda como babá etc. Escreva "NENHUMA" abaixo se você não tiver renda.

Tem renda?  Sim  
 Não

Fonte  Valor  Frequência

Fonte  Valor  Frequência

Fonte  Valor  Frequência

---

Nome  Sexo  SSN

**Raça**  Branca  
 Negra/Afro-americana  
 Asiática  
 Indígena Americana/Nativo do Alaska  
 Nativo do Havai/ Outra ilha do Pacífico  
 Indígena Americana/Nativo do Alaska e Branca  
 Asiática e Branca  
 Negra/Afro-americana e Branca  
 Indígena Americana/Nativo do Alaska e Negra/Afro-americana  
 Multirracial

**Etnia**  Hispânica ou Latina  
 Não hispânica

Relação com o(a)   
solicitante

Tem renda?  Sim  
 Não

Fonte  Valor  Frequência

Fonte  Valor  Frequência

Fonte  Valor  Frequência

---

Nome  Sexo  SSN

- Raça**
- Branca
  - Negra/Afro-americana
  - Asiática
  - Indígena Americana/Nativo do Alaska
  - Nativo do Havai/ Outra ilha do Pacífico
  - Indígena Americana/Nativo do Alaska e Branca
  - Asiática e Branca
  - Negra/Afro-americana e Branca
  - Indígena Americana/Nativo do Alaska e Negra/Afro-americana
  - Multirracial

- Etnia**
- Hispânica ou Latina
  - Não hispânica

Relação com o(a)   
solicitante

Tem renda?  Sim  
 Não

Fonte  Valor  Frequência

Fonte  Valor  Frequência

Fonte  Valor  Frequência

---

Nome  Sexo  SSN

- Raça**
- Branca
  - Negra/Afro-americana
  - Asiática
  - Indígena Americana/Nativo do Alaska
  - Nativo do Havai/ Outra ilha do Pacífico
  - Indígena Americana/Nativo do Alaska e Branca
  - Asiática e Branca
  - Negra/Afro-americana e Branca
  - Indígena Americana/Nativo do Alaska e Negra/Afro-americana
  - Multirracial

- Etnia**
- Hispânica ou Latina
  - Não hispânica

Relação com o(a)  solicitante

Tem renda?  Sim  
 Não

Fonte

Valor

Frequência

Fonte

Valor

Frequência

Fonte

Valor

Frequência

---

ATIVOS FINANCEIROS (Para cada membro da residência maior de 18 anos)

Você tem uma conta corrente?  Sim  
 Não

Saldo

Banco

Você tem uma conta poupança?  Sim  
 Não

Saldo

Banco

Você tem algum imóvel/propriedade?  Sim  
 Não

Tipo

Valor

Você tem algum dos itens seguintes?

- Conta do mercado monetário
- Certificados de depósito
- Conta individual de aposentadoria (IRA)
- Ações
- Títulos de crédito (*Bonds*)
- Outros

## INFORMAÇÕES GERAIS

Você reside em Framingham?  Sim  Não

Você é locatário(a) ou proprietário(a) de imóvel?  Proprietário(a)  Locatário(a)

Antes da pandemia da COVID-19, você estava em dia com as despesas de moradia relacionadas a este programa?  Sim  Não

Você participa de algum destes programas de assistência?

	Voucher Móvel da Seção 8 ( <i>Section 8 Mobile Voucher</i> )	Voucher de Local Fixo da Seção 8 ( <i>Section 8 Project Voucher</i> )	Programa Habitacional via Voucher de Massachusetts (MRVP)	MRVP de Local Fixo (MRVP <i>Project Based</i> )
Tipo de assistência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você recebe assistência de outro órgão?

Se sim, qual o nome do órgão?

- Sim  
 Não

Que tipo de assistência?

### Assinaturas/Certificação de Veracidade e Precisão de Informações:

Ao preencher e devolver esta solicitação, você se compromete a fazer o pagamento das despesas cobertas pelo programa apenas com a fonte de financiamento advinda deste, a fim de evitar duplicação de benefícios estaduais ou federais.

Eu afirmo que as respostas às perguntas anteriores são verdadeiras e estão corretas e que não ocultei conscientemente nenhum fato ou circunstância que, se divulgado, afetaria esta solicitação desfavoravelmente. Eu autorizo que sejam feitas consultas para verificar as informações fornecidas nesta solicitação. **Certifique-se de ter respondido a todas as perguntas. Caso contrário, não poderemos processar a sua solicitação.**

Assinatura do(a) solicitante

Data:

Assinatura do(a) cossolicitante

Data: