Subsidio consolidado para personas sin hogar

Certificación de la obligación de pago/Posible desalojo por parte de un amigo o familiar

|  |
| --- |
| **Situación habitacional del cliente** (marque una opción) |
| El solicitante vive con un amigo o familiar, y está en situación de desalojo *Complete todas las secciones a continuación.* | [ ]  | El solicitante está en proceso de mudarse con un amigo o familiar *Complete las secciones 1 a 5 a continuación.*Fecha de la mudanza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  |
|  |  |  |  |
| 1. **Información del cliente**
 |
| Nombre |       |
| Teléfono |       | Correo electrónico |       |
| Dirección actual o futura del solicitante |
| Calle |       |
| Ciudad |       | Estado/Código postal |       |
| 1. **Información del familiar o amigo**
 |
| Nombre |       |
| Teléfono |       | Correo electrónico |       |
| Dirección a la que se debe enviar el pago del alquiler |
| Calle |       |
| Ciudad |       | Estado/Código postal |       |
| 1. **Información sobre el alquiler y el pago**
 |
|  Fecha de finalización del acuerdo [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ingrese la fecha) **O** Acuerdo de mes a mes [ ]   |
| **Monto de pago requerido** |
| **Pagos atrasados** |
| Alquiler | Monto total atrasado |       |
| Meses cuyos pagos están atrasados |       |
| Servicios | Monto total atrasado |       |
| Meses cuyos pagos están atrasados |       |
| **Actual o anticipado** |
| Alquiler | Monto mensual |       |
| Servicios | Monto mensual |       |
| **Complete la siguiente sección para los pagos de servicios** |
| Proveedor del servicio |       |
| Número de cuenta |       |
| 1. **Certificación del cliente**
 |
| Certifico que la información provista anteriormente es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. |
| *Firma del cliente Fecha* |
| 1. **Certificación del amigo o familiar**
 |
| Certifico que aceptaré el/los pago(s) mencionado(s) anteriormente a cambio de proporcionar alojamiento al solicitante. No me dedico al negocio de alquiler de inmuebles tal como se define en la [Ley del arrendador y el arrendatario](http://apps.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=59.18) (Landlord Tenant Act), pero brindo alojamiento seguro y habitable. |
| *Firma del amigo o familiar Fecha* |
| 1. **Certificación de desalojo por parte del amigo o familiar (*solo para los clientes que serán desalojados*)**
 |
| Certifico que desalojaré al solicitante dentro de los próximos 14 días si no recibo el/los pago(s) mencionado(s) anteriormente. |
| *Firma del amigo o familiar Fecha* |