



4 Pasos para Solicitar Asistencia

- 1) Imprima la solicitud desde <https://tpmanatee.org/> o recójala en Turning Points.
- 2) Llene la solicitud completamente
- 3) Reúna TODOS los documentos requeridos
- 4) Lleve su solicitud y todos los documentos a Turning Points, donde se reunirá el mismo día con un revisor.

- **Las solicitudes se pueden revisar los lunes, martes y jueves de 8:30 a. m. a 1:30 p. m. en Turning Points.**
- Debe estar disponible para reunirse con un revisor durante este proceso; de lo contrario, su solicitud no será aceptada.
- Las solicitudes deben tener TODOS los documentos requeridos impresos físicamente y copias de los documentos originales antes de que comience la revisión; de lo contrario, no se aceptará la solicitud.
- Si no puede entregar su solicitud y documentos debido a su horario laboral o discapacidad, envíe por correo su solicitud completa y copias de TODOS los documentos a 701 17th Ave W, Bradenton, FL 34205

Otras agencias que ayudan:

- The Salvation Army
- St. Vincent de Paul
- Jewish Family and Children's Services
- Catholic Charities
- Step-Up Suncoast

Consejos para El Exito De Su Solicitud

Queremos que reciba con éxito el apoyo que solicita. Para facilitar al máximo el proceso, hemos elaborado esta breve guía.

1. Entregue *todos* los documentos requeridos.

Sabemos que reunir la documentación puede ser estresante, pero las reglas del programa no nos permiten avanzar sin todos los documentos requeridos.

2. Comparta *todos* los ingresos de su hogar.

Muchas personas creen que declarar menos ingresos les ayuda a calificar, pero con estos fondos es todo lo contrario. Debemos confirmar que podrá pagar su alquiler en los meses posteriores a la ayuda.

Por favor, indique todas las fuentes de ingresos de todos los miembros de su hogar; no podemos agregar ingresos posteriormente.

3. "Ingresos del hogar" se refiere a todas las personas que viven con usted.

Si alguien vive con usted y percibe ingresos, debemos contabilizarlos.

4. Debe ser sostenible después de recibir la asistencia.

Estos fondos están diseñados para ayudarle a retomar el rumbo, no para ponerlo en una situación en la que se atrase nuevamente. Demostrar que puede mantener una estabilidad financiera de aquí en adelante es fundamental para calificar.

5. Si solicita asistencia para la mudanza, ya debe tener un lugar identificado.

No necesita un contrato de arrendamiento firmado todavía, pero debe saber a dónde planea mudarse. Esto nos ayuda a procesar su solicitud rápidamente y garantiza que podamos ayudarle a tiempo.

Esperamos que estos consejos le faciliten el proceso y le ayuden a recibir el apoyo que busca. Si tiene alguna pregunta, estamos aquí para ayudarle.



Lista De Documentación Para La Solicitud

Debe incluir toda la documentación al momento de enviar su paquete.

Estos documentos son necesarios sin importar lo que esté solicitando:

Identificación

- ☐ Copia de identificación con foto actual para todos los miembros del hogar mayores de 18 años
- ☐ Copia de Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar, todas las edades
- ☐ Copia de actas de nacimiento de todos los niños menores de 18 años que viven en el hogar

Comprobante de todos los ingresos del hogar- *Proporcione copias de cada persona que genere ingresos en el hogar. Lleve comprobantes de todos los ingresos que reciba durante los últimos 90 días. Debe proporcionar todos los extractos bancarios (todas las páginas) de los últimos 90 días, incluyendo Cash App, Apple Pay, Chime, etc.*

Los documentos deben descargarse e imprimirse (no se permiten capturas de pantalla).

- | | |
|--|---|
| ☐ Talones de pago de los últimos 3 meses | ☐ Ingresos de jubilación |
| ☐ Compensación por desempleo | ☐ Copia de los beneficios de SSI/SSA/SSD |
| ☐ Carta notariada de apoyo financiero | ☐ Beneficios de compensación laboral |
| ☐ Beneficios para veteranos | ☐ Pensión alimenticia (carta o declaración judicial) |
| ☐ Manutención de los hijos (impresa o carta) | |
| ☐ Extracto de instituciones financieras (banco/cooperativa de crédito, Chime, Cash App, etc.) | |

Si solicita asistencia para el alquiler o la hipoteca, proporcione también lo siguiente:

- ☐ Contrato de arrendamiento vigente y firmado (todas las páginas) (Su nombre debe figurar en el contrato).
- ☐ Comprobante de atraso en el pago del alquiler, que puede ser:
 - ☐ Preaviso con 3/7/10/30 días de anticipación.
- ☐ Formulario del arrendador (proporcionado por Turning Points, completado por el arrendador y firmado por ambas partes).

Si solicita asistencia para los servicios públicos, proporcione también estos documentos:

- ☐ Contrato de arrendamiento vigente y firmado (su nombre debe figurar en el contrato)
- ☐ Factura(s) de servicios públicos (su nombre debe figurar en la factura y debe corresponder a la misma dirección que el contrato de arrendamiento)

Si solicita asistencia para la reparación de automóviles, proporcione también estos documentos:

- ☐ 2 presupuestos de reparación indicando que estas reparaciones harán que el vehículo esté operativo
- ☐ Comprobante de seguro de vehículo válido
- ☐ Matrícula actual del vehículo (coche)
- ☐ Licencia de conducir válida

Es posible que se requiera documentación adicional a discreción del administrador de casos según su situación particular.

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE CLIENTES DE TURNING POINTS

Fecha: ____/____/____

Nombre del solicitante: _____

¿Qué solicita? (Marque todas las opciones que correspondan).

- ☐ Alquiler del primer mes ☐ Alquiler vencido ☐ Alquiler del lote ☐ Servicios públicos
☐ Depósito ☐ Otro: _____

¿Monto adeudado? \$ _____

¿Dónde se hospeda actualmente? _____

¿Vive en el condado de Manatee?: ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en el condado de Manatee?

- ☐ Menos de 1 mes ☐ De 1 a 3 meses ☐ De 4 a 12 meses ☐ Un año o más

¿Tiene un contrato de arrendamiento a su nombre? ☐ Sí ☐ No

****Se requiere un contrato de arrendamiento escrito a su nombre para poder recibir asistencia con el alquiler y los servicios públicos.**

¿Recibió un aviso de 3/7/10/30 días de su arrendador? ☐ Sí ☐ No

¿Recibe asistencia para la vivienda del HUD o de la Sección 8? ☐ Sí ☐ No

Seleccione la causa principal por la que necesita asistencia hoy entre las siguientes opciones (seleccione una):

- | | |
|--|---|
| ☐ Abuso o violencia en mi hogar | ☐ Salí de la cárcel o prisión |
| ☐ COVID-19 | ☐ Condición discapacitante |
| ☐ Me pidieron que me fuera o me desalojaron | ☐ Problemas de abuso de alcohol o |
| ☐ Perdí mi trabajo o me redujeron las horas | ☐ Condición de salud mental |
| ☐ Crisis financiera | ☐ Problemas con amigos o familiares |
| ☐ Salí del sistema de acogida por edad avanzada | ☐ No puedo pagar el alquiler, la hipoteca o los servicios públicos |
| ☐ Otro _____ | |

☐ ¿Se vio afectado por el/los huracán(s) reciente(s)? ☐ Sí ☐ No

Explique la causa principal de su crisis: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE CLIENTES DE TURNING POINTS

INFORMACIÓN GENERAL:

Número de adultos en el hogar: _____ Número de niños en el hogar: _____

Nombre: _____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección actual: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____

Teléfono (____) ____ - ____

Celular/Casa/Otro) Correo electrónico: _____

Adulto 1

¿Tiene empleo? ☐ Sí ☐ No

¿Empleador? _____

Otros ingresos/recursos (Marque todas las opciones que correspondan)

SSI/SSD \$ _____/Mes Manutención infantil \$ _____/Mes

SNAP (Cupones de alimentos) \$ _____/Mes Otros \$ _____/Mes

¿Es veterano? ☐ Sí ☐ No ¿Prestó servicio activo? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su DD214? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Identidad culturalmente específica ☐ Transgénero

☐ No binario ☐ En duda ☐ Identidad diferente ☐ El cliente no sabe

☐ El cliente prefiere no responder

Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Bisexual

☐ En duda/Indeciso ☐ Otro ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder

Raza principal: ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Nativo americano ☐ Asiático

Otro: _____

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el tipo: ☐ Física ☐ Del desarrollo ☐ Afección crónica

☐ VIH-SIDA ☐ Trastorno de salud mental ☐ Trastorno por consumo de sustancias

¿La discapacidad es a largo plazo? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA: (No se necesita para reparar el auto)

Fecha de inicio del contrato de arrendamiento: ____/____/____

Fecha de vencimiento del contrato: ____/____/____

Renta ☐ mensual ☐ semanal ¿Cuánto es la renta base? \$ _____

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta dirección? _____

¿Cuándo pagó la renta por última vez? _____ ¿Monto adeudado? _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE CLIENTES DE TURNING POINTS

Adulto 2

Nombre: _____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Tiene empleo? ☐ Sí ☐ No

¿Empleador? _____

Otros ingresos/recursos (Marque todas las opciones que correspondan)

SSI/SSD \$ _____ /Mes Manutención infantil \$ _____ /Mes

SNAP (Cupones de alimentos) \$ _____ /Mes Otros \$ _____ /Mes

¿Es veterano? ☐ Sí ☐ No

¿Prestó servicio activo? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su DD214? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Identidad culturalmente específica ☐ Transgénero

☐ No binario ☐ En duda ☐ Identidad diferente ☐ El cliente no sabe

☐ El cliente prefiere no responder

Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Bisexual

☐ En duda/Indeciso ☐ Otro ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder

Raza principal: ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Nativo americano ☐ Asiático

Otro: _____

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el tipo: ☐ Física ☐ Del desarrollo ☐ Afección crónica

☐ VIH-SIDA ☐ Trastorno de salud mental ☐ Trastorno por consumo de sustancias

¿La discapacidad es a largo plazo? ☐ Sí ☐ No

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE CLIENTES DE TURNING POINTS

Adulto 3

Nombre: _____ Número de Seguro Social: ____-____-____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿Tiene empleo? ☐ Sí ☐ No

¿Empleador? _____

Otros ingresos/recursos (Marque todas las opciones que correspondan)

SSI/SSD \$_____/Mes Manutención infantil \$_____/Mes

SNAP (Cupones de alimentos) \$_____/Mes Otros \$_____/Mes

¿Es veterano? ☐ Sí ☐ No

¿Prestó servicio activo? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su DD214? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Identidad culturalmente específica ☐ Transgénero

☐ No binario ☐ En duda ☐ Identidad diferente ☐ El cliente no sabe

☐ El cliente prefiere no responder

Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Bisexual

☐ En duda/Indeciso ☐ Otro ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder

Raza principal: ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Nativo americano ☐ Asiático

Otro: _____

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el tipo: ☐ Física ☐ Del desarrollo ☐ Afección crónica

☐ VIH-SIDA ☐ Trastorno de salud mental ☐ Trastorno por consumo de sustancias

¿La discapacidad es a largo plazo? ☐ Sí ☐ No

<u>Raza/Etnicidad Leyenda</u>
1. Indígena estadounidense o nativo de Alaska
2. Asiático(a) o asiático(a) estadounidense
3. Negro(a) o afroamericano(a)
4. Hispano(a) o latino(a)
5. De Oriente Medio o del Norte de África
6. Nativo(a) de Hawái u otras islas del Pacífico
7. Blanco(a)



FORMULARIO DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR
Enumere a todas las personas que viven en el hogar.

<u>NOMBRE COMPLETO LEGAL</u>	<u>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO O</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR</u>	<u>Raza Etnicidad</u>
				Yo Mismo	

Por favor, deténgase y lea antes de continuar.

Antes de continuar con su solicitud, revise las siguientes instrucciones importantes. Todos los formularios requeridos deben completarse correctamente para evitar retrasos en el procesamiento.

1. Programas de Desarrollo Comunitario del Condado de Manatee – Divulgación de Información (Páginas 10-11)

- La página 10 debe ser impresa, firmada y fechada por cada adulto del hogar.

2. Divulgación de Información de Suncoast (Páginas 12-13)

- Cada adulto miembro del hogar debe completar su propio formulario.
- Si hay niños en el hogar, un adulto debe incluir a todos los niños como dependientes en la página 12.

3. Formulario de Información y Acuerdo del Propietario (Página 14)

- Esta página debe ser **completada y firmada por el propietario o la oficina de arrendamiento.**
- El/Los solicitante(s) también debe(n) firmar al final del formulario.

4. Formulario W-9 (Página 15)

- Este formulario **es solo para el propietario o la oficina de arrendamiento.**
- No es necesario para que su solicitud sea aceptada, pero puede solicitarse posteriormente para procesar el pago.

**SOLICITANTE " FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA
ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA" para los Programas de Desarrollo
Comunitario del Condado de Manatee**

Instrucciones: Cada miembro adulto del hogar que tenga 18 años de edad o más debe firmar un Formulario de divulgación de información y de divulgación de elegibilidad del programa antes de recibir el beneficio. Se deben obtener firmas adicionales de nuevos miembros adultos cada vez que se unan al hogar o cuando los miembros del hogar cumplan 18 años de edad.

Yo/Nosotros _____, el abajo firmante autoriza por la presente Turning Points, Divulgar sin responsabilidad alguna información sobre mi/nuestro empleo, ingresos, activos y/o gastos al **Gobierno del Condado de Manatee**, para fines de verificar la información proporcionada, como parte de la determinación de la elegibilidad y la participación continua en el programa CDBG/HOME/ESG u otro programa financiado por el Condado. Entiendo que solo se puede solicitar la información necesaria para determinar la elegibilidad.

**TIPOS DE INFORMACIÓN QUE SE DEBEN VERIFICAR PARA TODAS LAS
FINANCIACIONES**

Entiendo/entendemos que se puede requerir información previa o actual sobre mí/nosotros. Las verificaciones y consultas que se pueden solicitar incluyen, entre otras: verificación de alquiler e hipoteca; identidad personal; historial de empleo, horas trabajadas, salario y frecuencia de pago, comisiones, aumentos, bonificaciones y propinas; efectivo en cuentas corrientes/de ahorro, acciones, bonos, certificados de depósito (CD), cuentas de jubilación individuales (IRA), intereses, dividendos, etc.; pagos de Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad o muerte; desempleo, discapacidad y/o compensación laboral; asistencia social; ingresos netos de la operación de un negocio; pagos de pensión alimenticia o manutención de los hijos, etc.; y gastos médicos, gastos de cuidado de niños, etc. Yo/Nosotros somos conscientes de que toda la información y los documentos proporcionados son de dominio público de conformidad con el Capítulo 119, FS.

**ORGANIZACIONES / PERSONAS A LAS QUE SE PUEDE CONTACTAR
PARA OBTENER FINANCIACIÓN**

Las organizaciones o personas a las que se les puede solicitar que proporcionen verificación escrita u oral son, entre otras: empleadores pasados o actuales, bancos, instituciones financieras o de jubilación, agencias de desempleo, agencias de asistencia social, proveedores de pensión alimenticia o manutención infantil, Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos, etc.

**DECLARACIÓN DE AVISO SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD DE
FINANCIAMIENTO FEDERAL**

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) exige la recopilación de la información derivada de este formulario para determinar la elegibilidad de un solicitante en un programa CDBG/HOME/ESG y la cantidad de asistencia necesaria utilizando los fondos CDBG/HOME/ESG. Esta información se utilizará para establecer el nivel de beneficio del Programa CDBG/HOME/ESG, para proteger el interés financiero del Gobierno y para verificar la exactitud de la información proporcionada. Puede divulgarse a las agencias federales,

estatales y locales correspondientes cuando sea pertinente, a investigadores civiles, penales o regulatorios y a fiscales. Si no proporciona alguna información, es posible que se demore o rechace la aprobación de su elegibilidad. El Departamento está autorizado a solicitar esta información según la Ley Nacional de Vivienda Asequible de 1990.

PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN PRIVADA

De conformidad con la Ley de Privacidad de 1974, con sus modificaciones, y otras leyes, orientaciones y mejores prácticas federales relacionadas con la privacidad, el Gobierno del Condado de Manatee y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) se comprometen a proteger la privacidad de la información de las personas almacenada electrónicamente o en papel. Al recopilar y encargarse de información de identificación personal (PII) y/o información de identificación personal confidencial, todo el personal involucrado deberá seguir estándares razonables y apropiados. La recopilación de información de identificación personal (PII) se limita únicamente al propósito de satisfacer la necesidad para la cual se recopila. Cualquier agencia asociada deberá seguir los estándares mínimos establecidos por HUD para proteger y gestionar el acceso a la información de identificación personal (PII).

CONDICIONES

Acepto/Aceptamos que se pueda utilizar una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización se encuentra en archivo y permanecerá vigente durante un año y un mes a partir de la fecha de la firma. Tengo/tenemos derecho a revisar este archivo y corregir cualquier información que resulte incorrecta.

Yo/Nosotros autorizo/autorizamos al Gobierno del Condado de Manatee y al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. a obtener información sobre mí y mi hogar que sea pertinente para la elegibilidad para participar en el Programa CDBG/HOME/ESG.

FIRMAS

Jefe de Hogar

(Nombre impreso)

Fecha

Esposo/Esposa

(Nombre impreso)

Fecha

Miembro Adulto

(Nombre impreso)

Fecha

Miembro Adulto

(Nombre impreso)

Fecha

Miembro Adulto

(Nombre impreso)

Fecha

Miembro Adulto

(Nombre impreso)

Fecha



Divulgación De Información

Autorización de Uso o Divulgar Información Personal incluso Información de Salud Protegida

Nombre:	Numero de Seguridad Social:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de Agencia Proveedora: Turning Points		

Yo autorizo el uso o revelación de la información personal, incluso la información de salud protegida, sobre la persona nombrada anteriormente.

Yo soy ☐ La persona nombrada arriba
☐ Un representante personal porque la persona es menor de edad, está incapacitado o ha fallecido

Turning Points participa en el cuidado continuo de Sarasota / Manatee (FL-500) coordinado sistema de entrada (Oneby1) y / o el sistema de información de servicio comunitario (CSIS). Estos organizaciones que brindan asistencia para personas sin hogar y de vivienda y servicios de apoyo. Como parte de CSIS y la En el sistema Oneby1, las agencias acuerdan compartir información sobre individuos y familias con otras agencias en orden para coordinar los servicios y ayudar a una familia a encontrar y / o mantener la vivienda lo más rápido posible.

La información que se divulgará puede incluir información personal contenida en el Sistema de información de servicio comunitario, registros de proveedores que detallan mis afecciones médicas e incluyen información sobre discapacidades, salud mental, abuso de drogas, alcoholismo, anemia de células falciformes, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Resultados de las pruebas de infección, SIDA y otras enfermedades transmisibles y diagnósticos. Información contenida en el Índice de Vulnerabilidad y la Herramienta de asistencia para la Decisión de Priorización de Servicios (VI-SPDAT), la Priorización de Servicios La Herramienta de Ayuda para la Decisión (SPDAT), otros formularios de evaluación y otra información recopilada como parte del caso la gestión, la planificación de casos y la conferencia de casos se compartirán en CSIS y en lo que se refiere a la coordinación de Servicios de colocación y estabilidad de viviendas.

Derechos importantes y otras declaraciones requeridas que debe conocer

Puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Suncoast Partnership to End Homelessness, Inc. 1750 17th Street / K-1 Sarasota, Florida 34234. Si revoca esta autorización, no se aplicará a la información que ya ha sido utilizada o divulgada.

Usted tiene derecho a una copia de esta autorización una vez que la haya firmado. Por favor guarde una copia para sus registros, o puede solicitarnos una copia en cualquier momento escribiendo a Suncoast Partnership to End Homelessness, Inc. 1750 17th Street / K-1 Sarasota, Florida 34234.

Si tiene alguna pregunta sobre algo en este formulario o sobre cómo llenarlo, podemos ayudarlo. Por favor llame al Asociación Suncoast a 941-955-8987.

Esta autorización vencerá dos (2) años después de la fecha en que este documento fue firmado por el individuo o personal representante a continuación.

Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (*Inicial cada línea*)

☐ La razón por la que me piden que divulgue información.

☐ Mi información médica protegida, que incluye, entre otros, salud mental, drogas y alcohol, VIH / SIDA la información se puede compartir con los proveedores asociados y las organizaciones participantes de CSIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que una copia de la lista actual de agencias está disponible a solicitud de Suncoast Partnership llamando al 941-955-8987.

☐ El CSIS opera a través de Internet y utiliza muchas protecciones de seguridad para garantizar la completa confidencialidad de mis registros.

☐ La firma de esta autorización es voluntaria y no tengo que aceptar autorizar ningún uso o divulgación. Yo entiendo que la capacidad de recibir servicios o soporte no está condicionada a la autorización de esta divulgación. Sin embargo, al no dar autorización para compartir información, es posible que no pueda acceder a la ayuda de vivienda con la misma rapidez como sea posible y que algunos servicios que resultan de una coordinación de actividades entre proveedores pueden ser limitados en disponibilidad en algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas para determinar la elegibilidad para sus proyectos. *

☐ Los proveedores que tienen acceso a mi información de salud protegida tienen prohibido re-divulgar información fuera de los términos de su formulario de divulgación de información, sin mi autorización por escrito, excepto como a excepción de lo permitido por la ley federal o estatal.

Firma _____ **Fecha (necesario)** _____

Dependiente (s) que el tutor legal autorizó para participar en el SMCSIS:

Nombre _____ FechaDeNac. ____/____/____ Nombre _____ FechaDeNac. ____/____/____

Nombre _____ FechaDeNac. ____/____/____ Nombre _____ FechaDeNac. ____/____/____

Nombre _____ FechaDeNac. ____/____/____ Nombre _____ FechaDeNac. ____/____/____

Firma del representante personal (si corresponde)

Firma _____ Fecha (requerido) _____

Describa su relación con el individuo y / o su autoridad legal para actuar en nombre del individuo en tomar decisiones relacionadas con la salud y los servicios. Es posible que se le solicite que nos proporcione la información legal pertinente. Documento que le otorga esta autoridad.

Relación con el individuo (requerido): _____

Firma del Testigo

Firma _____ Fecha (requerido) _____



701 17th Ave W, Bradenton, FL 34205
Office: (941) 747-1509 Fax: (941) 567-6149
www.tpmanatee.org

Turning Points Landlord Information and Agreement Form

Applicant: _____ Date: ____/____/____

Co-Applicant: _____ Date: ____/____/____

Address of Residence to Be Rented: _____

(Must Be in Manatee County)

Number of Bedrooms: _____ Baths: _____ Occupants-Adults: _____ Children: _____

What is included in the rent? (Check All That Apply)

☐ Electric ☐ Water/Sewer/Trash ☐ Gas ☐ Cable/TV ☐ Washer/Dryer ☐ Other: _____

Landlord Name: _____ Email: _____

Landlord Phone: _____ Landlord Fax: _____

Landlord Cell: _____ Other: _____

Landlord Mailing Address: _____

IF MOVE IN: What is required?

Prorated 1st Month's Rent: \$ _____ Deposit: \$ _____ Last: \$ _____ **Total Move in cost: \$ _____**

Term of Lease: _____ Monthly Rent: \$ _____

Tenant and Landlord: This form is in conjunction with an application for rental assistance from Turning Points. The parties agree that while the agreement is solely between the Landlord and Tenant, that if the tenant received a security deposit from Turning Points, upon termination of the lease, Tenant directs the landlord to return the unused portion of the security deposit directly to Turning Points.

The Landlord attests, by signing below, that the unit is classified as: (Check One)

☐ A Legal Apartment ☐ A Properly Zoned Multi-Unit or Villa ☐ A Single Family Home occupied only by the tenant
☐ Trailer

And that the rental unit has no outstanding code violations within the County or City and that all modifications or repairs requiring a permit, if any, have been properly permitted, inspected, and approved by the City or County.

Landlord's Signature: _____ Date: ____/____/____

Applicant Signature: _____ Date: ____/____/____

Co-Applicant Signature: _____ Date: ____/____/____

Request for Taxpayer Identification Number and Certification

► Go to www.irs.gov/FormW9 for instructions and the latest information.

Give Form to the
requester. Do not
send to the IRS.

Print or type. See Specific Instructions on page 3.	1 Name (as shown on your income tax return). Name is required on this line; do not leave this line blank.	
	2 Business name/disregarded entity name, if different from above	
	3 Check appropriate box for federal tax classification of the person whose name is entered on line 1. Check only one of the following seven boxes. ☐ Individual/sole proprietor or single-member LLC ☐ Limited liability company. Enter the tax classification (C=C corporation, S=S corporation, P=Partnership) ► _____ Note: Check the appropriate box in the line above for the tax classification of the single-member owner. Do not check LLC if the LLC is classified as a single-member LLC that is disregarded from the owner unless the owner of the LLC is another LLC that is not disregarded from the owner for U.S. federal tax purposes. Otherwise, a single-member LLC that is disregarded from the owner should check the appropriate box for the tax classification of its owner. ☐ Other (see instructions) ► _____	4 Exemptions (codes apply only to certain entities, not individuals; see instructions on page 3): Exempt payee code (if any) _____ Exemption from FATCA reporting code (if any) _____ <i>(Applies to accounts maintained outside the U.S.)</i>
	5 Address (number, street, and apt. or suite no.) See instructions.	Requester's name and address (optional)
	6 City, state, and ZIP code	
	7 List account number(s) here (optional)	

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on line 1 to avoid backup withholding. For individuals, this is generally your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the instructions for Part I, later. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see *How to get a TIN*, later.

Note: If the account is in more than one name, see the instructions for line 1. Also see *What Name and Number To Give the Requester* for guidelines on whose number to enter.

Social security number									
				-				-	
or									
Employer identification number									
				-					

Part II Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me); and
2. I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below); and
4. The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Certification instructions. You must cross out item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply. For mortgage interest paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, contributions to an individual retirement arrangement (IRA), and generally, payments other than interest and dividends, you are not required to sign the certification, but you must provide your correct TIN. See the instructions for Part II, later.

Sign Here	Signature of U.S. person ►	Date ►
-----------	----------------------------	--------

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future developments. For the latest information about developments related to Form W-9 and its instructions, such as legislation enacted after they were published, go to www.irs.gov/FormW9.

Purpose of Form

An individual or entity (Form W-9 requester) who is required to file an information return with the IRS must obtain your correct taxpayer identification number (TIN) which may be your social security number (SSN), individual taxpayer identification number (ITIN), adoption taxpayer identification number (ATIN), or employer identification number (EIN), to report on an information return the amount paid to you, or other amount reportable on an information return. Examples of information returns include, but are not limited to, the following.

- Form 1099-INT (interest earned or paid)

- Form 1099-DIV (dividends, including those from stocks or mutual funds)
- Form 1099-MISC (various types of income, prizes, awards, or gross proceeds)
- Form 1099-B (stock or mutual fund sales and certain other transactions by brokers)
- Form 1099-S (proceeds from real estate transactions)
- Form 1099-K (merchant card and third party network transactions)
- Form 1098 (home mortgage interest), 1098-E (student loan interest), 1098-T (tuition)
- Form 1099-C (canceled debt)
- Form 1099-A (acquisition or abandonment of secured property)

Use Form W-9 only if you are a U.S. person (including a resident alien), to provide your correct TIN.

If you do not return Form W-9 to the requester with a TIN, you might be subject to backup withholding. See What is backup withholding, later.