



Aplicación de Asistencia para Subsidio de Alquiler

**** Presentación de solicitudes: Solicitudes recibidas hasta el 10 de cada mes serán procesadas para recibir donaciones el 1° del mes siguiente**

Tenga en cuenta que nuestra aplicación es un PDF editable, que le permite proporcionar sus respuestas y enviar su solicitud electrónicamente. **Dado el aumento considerable en el número de solicitudes de subvención presentadas cada mes, ya no aceptamos solicitudes escritas a mano. Solo se aceptarán las aplicaciones escritas en formato PDF editable. Agradecemos su comprensión y su atención a este asunto.**

Como recordatorio, toda comunicación y documentación presentada como parte de esta solicitud debe ser presentada a MBA Opens Doors Foundation por un miembro del equipo de trabajo social y debe incluir el nombre del trabajador social de referencia.

Todas las firmas requeridas (medicas y familiares) serán captadas en la página 8. Las instrucciones para agregar su firma digital se encuentran en la parte superior de la página. Alternativamente, esta página puede ser impresa, firmada y escaneada. Una vez escaneada, la página deberá enviarse por correo electrónico junto con la solicitud y los archivos adjuntos a applications@mbaopensdoors.org

Si tiene preguntas, no dude en contactarnos por teléfono, llame al (202) 557-2929 o por correo electrónico escribanos a: info@mbaopensdoors.org

Gracias.



Fundación MBA Opens Doors®

Aplicación de Asistencia para Subsidio de Alquiler

La Fundación MBA Opens Doors brinda asistencia a los propietarios de viviendas que tienen niños con enfermedades críticas y/o crónicas o con lesiones de gravedad, a través de su programa de subsidios para vivienda. La asistencia es en forma de un pago de alquiler en nombre de una familia. El programa de asistencia de subsidios tiene como objetivo facilitar a que los padres y/o tutores pasen más tiempo al lado del niño durante su tratamiento.

Lista De Aplicación Complete cada sección por completo y escriba sus respuestas en el espacio provisto. se devolverán las aplicaciones con información que falta.

- 1. Información Personal (Página 3)
- 2. Información Médica: Firmada por el Proveedor de Atención Medica/Trabajador Social (Página 4)
- 3. Empleo/Ingresos e Información de Impacto Financiero (Página 5)
- 4. Información de Alquiler (Página 6)
- 5. Información de pago de subsidio (Página 7)
- 6. Firmas (Página 8)

Debido a la gran cantidad de solicitudes presentadas cada mes, ya no podemos aceptar solicitudes escritas a mano. Por favor, escriba electrónicamente sus respuestas a cada sección. ¡Gracias!

La Fundación MBA Opens Doors no espera reembolso de los subsidios. Sin Embargo, siendo una organización benéfica 501(c)(3), la fundación MBA Opens Doors depende del apoyo generoso de corporaciones, organizaciones e individuos para sostener sus programas de generación de subsidios. Las contribuciones son 100% deducibles de impuestos de acuerdo con la ley y pueden ser hechas en línea en la siguiente página web: www.mbaopensdoors.org. Las contribuciones también pueden ser enviadas por correo a la siguiente dirección: **MBA Opens Doors Foundation**, 1919 M Street, NW, 5th Floor, Washington, DC 20036.

¡Gracias!

Maneras de Enviar la Aplicación

Las solicitudes recibidas antes del día 10 del mes se procesarán para las subvenciones otorgadas antes del día 1 del mes siguiente.

Correo electrónico: preferido

Llenar la solicitud electrónicamente, asegurándose de que todas las secciones han sido completadas. La página de firmas (página 8) puede completarse electrónicamente (las instrucciones incluidas en la página 8) o imprimirse, firmarse y escanearse. Envíe por correo electrónico la solicitud, la página de firmas firmadas y cualquier documentación adicional requerida a: applications@mbaopensdoors.org.

Fax – solo si la aplicación no se puede enviar por correo electrónico.

Llene la solicitud por completo y envíela por fax con la documentación adicional requerida a: (855) 450-3639

Nota: Utilice sólo el número de fax que aparece arriba.

Para Preguntas

Llame al (202) 557-2929 o por correo electrónico escribanos a: info@mbaopensdoors.org

1. Información Personal (REQUERIDO)

Fecha de Aplicación

Nombre del Niño del Solicitante

Fecha de Nacimiento del Niño

Sexo del Niño

A. PADRE/TUTOR 1 Marque Uno: Padre(s) Abuelo(s) Tutor(es) Legal Ordenado por el Tribunal de Custodia
¿Es usted el contacto principal? Si No **¿Servicio militar activo o retirado?** Si No

Nombre del padre/tutor

Nombres y edades de otros niños que viven en su domicilio

Dirección del domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Teléfono del trabajo padre/tutor

Correo electrónico

Marque una o más casillas que mejor describan al padre/tutor 1: Blanco(a) Hispano/Latino/Origen español
 Negro(a)/Africana americano(a) India Americano(a)/nativo(a) de Alaska Origen del Oriente Medio/Norafricano(a)
 Asiático(a) Nativo(a) de Hawái/Otro(a) de las islas del Pacífico Alguna otra raza/etnicidad/origen

Marque uno: Casado Divorciado / Separado legalmente Padre soltero / Nunca casado Viudo

B. PADRE/TUTOR 2 Marque Uno: Padre(s) Abuelo(s) Tutor(es) Legal Ordenado por el Tribunal de Custodia
¿Es usted el contacto principal? Si No **¿Servicio militar activo o retirado?** Si No

Nombre del padre/tutor

Nombres y edades de otros niños que viven en su domicilio

Dirección del domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono Permanente

Teléfono Celular

Teléfono del trabajo padre/tutor

Correo electrónico

Marque una o más casillas que mejor describan al Padre/Tutor 2: Blanco(a) Hispano/Latino/Origen español
 Negro(a)/Africana americano(a) India Americano(a)/nativo(a) de Alaska Origen del Oriente Medio/Norafricano(a)
 Asiático(a) Nativo de Hawái/Otro(a) de las islas del Pacífico Alguna otra raza/etnicidad/origen

D. Hospitalizaciones

Fecha	Hospital
Fecha	Hospital
Fecha	Hospital
Fecha	Hospital

E. Cuidado profesional de Asistencia Médica Domiciliaria

Fecha	Proveedor de Servicios de Asistencia Médica Domiciliaria
Fecha	Proveedor de Servicios de Asistencia Médica Domiciliaria
Fecha	Proveedor de Servicios de Asistencia Médica Domiciliaria

3. Empleo/Ingresos e Información de Impacto Financiero (REQUERIDO)

A. Padre/Tutor 1

Nombre del Empleador (si es aplicable)	Teléfono		
Dirección de Trabajo	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta el padre/Tutor 1 actualmente en licencia no remuneradas? Si No En caso afirmativo, fecha de inicio: _____

B. Padre/Tutor 2

Nombre del Empleador (si es aplicable)	Teléfono		
Dirección de Trabajo	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta el padre/Tutor 2 actualmente en ausencia sin pago? Si No En caso que si, fecha de inicio: _____

C. Ingresos combinados totales de la familia antes de impuestos (Padre/Tutor 1 + Padre/Tutor 2)

(REQUERIDO. Esto no afecta las decisiones de subvención.)

- < \$10,000/anuales \$10,001 - \$19,999/anuales \$20,000 - \$39,999/anuales \$40,000 - 59,999/anuales
 \$60,000 - \$79,999/anuales \$80,000 - \$99,999/anuales > \$100,000/anuales

D. ¿Es el padre o tutor un receptor de: Solo con fines informativos. Las respuestas no influyen en la selección de la subvención.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si Asistencia Suplementaria de Nutrición (USDA SNAP) | <input type="checkbox"/> Si Préstamos y subvenciones para vivienda laboral agrícola (USDA 514/516) |
| <input type="checkbox"/> Si Préstamos para viviendas de alquiler (HUD 515) | <input type="checkbox"/> Si Vivienda para personas con discapacidad (HUD 811) |
| <input type="checkbox"/> Si Reubicación / reemplazo de vivienda pública (HUD 8) | <input type="checkbox"/> Si USDA Mujeres, Infantes y Niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Si Programa de Vivienda para Ancianos (HUD 202) | <input type="checkbox"/> No Padre / tutor no un destinatario |

5. Información de pago de subsidio

El subsidio máximo de unpaid leave alquiler es de \$ 2,500 **para una residencia principal solo** ubicada en los Estados Unidos o sus territorios. Si se aprueba una solicitud y el alquiler supera los \$ 2,500, el solicitante es responsable de pagar la diferencia. La Fundación no paga servicios públicos, depósitos de seguridad u otras tarifas.

La Fundación MBA Opens Doors prefiere realizar dichos pagos por medio de depósito directo.

A. Información de depósito directo (para pago al solicitante)

Nombre exacto del titular de la cuenta bancaria (por ejemplo. Nombre de padre/guardian a quien el pago de subvencion sera realizado. Nombre(s) deben coincidir con nombre(s) de los titulares de la cuenta.)

Nombre de la entidad receptora (por ejemplo. Bank of America, AMC Mortgage Co.)
postal

Ciudad/Condado

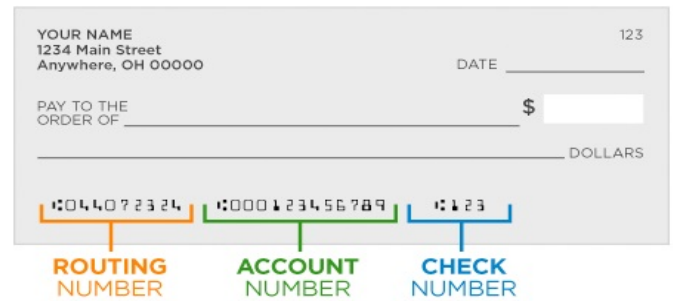
Estado

Código

Número de ruta bancaria (número de nueve dígitos)

Número de cuenta

Tipo de cuenta (Cuenta de ahorros o cuenta corriente)



B. Pago por cheque. Si el depósito directo no es posible, y se requiere un cheque, haga el cheque a nombre de:

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Si Usted prefiere que envíe el pago directamente al propietario/el administrador de la propiedad en la dirección indicada arriba, haga el cheque pagable a:

6. Firmas (TODO REQUERIDO)

Para firmar digitalmente, haga clic en el cuadro y seleccione “A new digital ID I want to create now”; entonces haga clic en **Next**. Seleccione “Windows Certificate Store”; haga clic en **Next**. Llene su nombre y dirección de correo electrónico y haga clic en **Finish**. Aparecerá un cuadro con su firma digital – haga clic en **Sign**.

Equipo Médico - Firmas

Certifico que la información médica proporcionada en esta solicitud es correcta y estoy autorizado por el Proveedor de Familia y Cuidado de Salud para presentar esta solicitud.

*Firma

Fecha

Pago del Subsidio – Firma(s) – PARA SER FIRMADO POR EL GARANTE

Por la presente, certifico/certificamos que la información de alquiler proporcionada en la página 6 es verdadera y completa.

Padre/Tutor 1 Firma

Nombre en letra clara/legible

Fecha

Padre/Tutor 2 Firma

Nombre en letra clara/legible

Fecha

Familia – Firma (s) – PARA SER FIRMADO POR EL GARANTE Por favor marque las opciones que le apliquen y firme:

He leído y comprendido las instrucciones generales. Afirmo que esta información es correcta y veraz a lo mejor de mi capacidad. Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo a discutir la información médica de mi hijo pertinente a este caso con los representantes de la Fundación MBA Opens Doors. Entiendo que el subsidio es a discreción de la Fundación Opens Doors y que su junta directiva puede ajustar las pautas para subsidios futuros a su discreción.

Solo se revisaran las solicitudes completas que proporcionen todos los documentos adjuntos y que tengan documentación de respaldo. Las solicitudes deben cumplir con todos los criterios. Las solicitudes incompletas pueden volver a ser presentadas una vez se completen y serán consideradas para el próximo ciclo de otorgamiento de subsidios.

Por la presente otorgo permiso a la Fundación MBA Opens Doors y Mortgage Bankers Association de la siguiente manera:

- A. Doy consentimiento a la Fundación MBA Opens Doors de utilizar la historia de mi familia, sin restricciones** a todos los medios de comunicación. Este consentimiento aplica para el nombre y foto de mi hijo, mi nombre y foto, así como para la historia sobre la enfermedad y el tratamiento de mi hijo, con el fin de promover la misión de la Fundación MBA Opens Doors y solicitar fondos para apoyar los programas de subsidios.
- B. Utilice nuestra historia, sin embargo, mantenga a mi familia en anonimato.**
- C. No utilice** nuestra historia.

Entiendo que ni mi hijo ni yo recibiremos ninguna compensación como resultado del uso de nuestra información y fotos, como se describe en este documento. Renuncio a cualquier derecho de privacidad y/o aprobación de los materiales en los que se pueden utilizar nuestro nombre y/o semejanzas.

Permiso para contactar al establecimiento de salud referido

Padre/Tutor 1 Firma

Nombre en letra clara/legible

Fecha

Padre/Tutor 2 Firma

Nombre en letra clara/legible

Fecha

FOR MBA OPENS DOORS FOUNDATION USE ONLY

MODF # _____

1 _____ 6 _____

2 _____ 7 _____

3 _____ 8 _____

4 _____ 9 _____

5 _____ 10 _____

DISPOSITION

A _____

D1 _____

D2 _____

Other
