



## PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DESALOJOS DISPONIBLE

¿Se enfrenta a un desalojo por alquiler atrasado?

El Programa de Prevención de Desalojos ayuda a inquilinos y propietarios elegibles a resolver los casos de desalojo presentados en el sistema judicial del Condado de Berks.

### Beneficios del programa

#### ☒ Inquilinos

- Reciben hasta 6 meses de asistencia para el pago del alquiler atrasado
- 3 meses adicionales de anticipo de alquiler disponibles al completar las pautas del programa
- Asistencia con los costos judiciales
- Conexión con recursos de presupuesto y desarrollo de habilidades laborales

#### ☒ Propietarios

- Recuperan el alquiler impago
- Evitan las costas judiciales y los gastos legales
- Recibe pagos directos del alquiler del programa
- Reducen la desocupación y la rotación de personal

### Cómo aplicar

☒ Inquilinos y propietarios pueden recomendar o solicitar directamente.

☒ Las solicitudes se revisan por orden de llegada. Se dará prioridad a los grupos de alto riesgo.

☒ Los fondos se pagan directamente a los propietarios.

☒ Solicitudes por escrito disponibles en 400 E. Wyomissing Avenue, Suite 200, Mohnton, PA 19540. No se aceptarán solicitudes completas en la oficina.

☒ Todas las solicitudes completas y la documentación de respaldo deben enviarse por correo electrónico directamente a [mmartinez@berksredevelop.org](mailto:mmartinez@berksredevelop.org)

Berks County Nonprofit  
Development Corporation

### Requisitos de Elegibilidad

- Residente del condado de Berks.
- Debe presentar una identificación válida de Pensilvania
- Debe tener un aviso de desalojo presentado en el tribunal de magistrados condado de Berks.
- El desalojo debe emitirse por atrasos en el pago del alquiler.
- Debe cumplir con las pautas de elegibilidad de ingresos del hogar hasta el 50% del AMI (ingreso medio del área)
- Debe tener un contrato de arrendamiento

Personas en el hogar	Límites de AMI de hasta el 50 % para el área del condado de Berks
1	\$34,950/anual
2	\$39,950/anual
3	\$44,950/anual
4	\$49,900/anual
5	\$53,900/anual
6	\$57,900/anual
7	\$61,900/anual
8	\$65,900/anual

## Solicitud del Programa de Prevención de Desalojos

Proporcione la siguiente información. El inquilino/solicitante debe figurar en el contrato de arrendamiento.

(Por favor, escriba legiblemente)

### Información del solicitante

1. Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Segundo nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Apellido del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_PA\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

3. Número de teléfono durante el día: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

4. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información demográfica

Raza: (Marque una)

☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

☐ Nativo americano

☐ Blanco

☐ asiático

☐ Negro o afroamericano

☐ Negarse a responder

Etnicidad: (Marque una)

☐ Hispano

☐ No hispano

☐ Negarse a responder

Género: (Marque una)

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Transgénero (de hombre a mujer)

☐ Transgénero (de mujer a hombre)

☐ Otro

☐ Negarse a responder

### Información de empleo

Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### Información de ingresos

¿Actualmente tiene ingresos de alguna fuente? (Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

¿Le han aprobado la prestación por desempleo (desde junio de 2024 hasta la fecha)?  
(Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, y si aún lo recibe, ¿cuál es el monto de su beneficio semanal en Pensilvania? \$ \_\_\_\_\_

¿Recibe usted alguno de los siguientes: (Marque todas las que correspondan)

☐ Ingreso del Seguro Social 2025 Monto por mes \$ \_\_\_\_\_

☐ Ingreso por Discapacidad del Seguro Social 2025 Monto por mes \$ \_\_\_\_\_

☐ Monto de jubilación/pensión 2025 por mes \$ \_\_\_\_\_

¿Actualmente recibe algún pago por trabajo o como empleado? (por ejemplo, Uber, DoorDash, Instacart, hotelería, salón de belleza, etc.) ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, ¿aproximadamente cuánto por semana? \$ \_\_\_\_\_

**Información adicional sobre los miembros adultos del hogar**

(Para personas mayores de 18 años a la fecha de la solicitud)

Nombre de pila:

---

Segundo nombre:

---

Apellido:

---

Fecha de nacimiento: Día\_\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_

---

Si actualmente está empleado, complete:

Empleador:

---

Fecha de inicio:

---

Número de teléfono del trabajo:

---

Dirección del empleador:

---

Ciudad, Estado, Código Postal:

---

**Información de ingresos:**

¿Actualmente tiene ingresos de alguna fuente? (Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

---

¿Le han aprobado la prestación por desempleo (desde junio de 2024 hasta la fecha)?  
(Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

---

En caso afirmativo, ¿cuál es el monto de su beneficio semanal en Pensilvania?

\$ \_\_\_\_\_

¿Recibe alguno de los siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan e ingrese el monto mensual):

☐ Ingreso del Seguro Social 2025 Monto por mes: \$ \_\_\_\_\_

☐ Ingreso por Discapacidad del Seguro Social 2025 Monto por mes: \$ \_\_\_\_\_

☐ Jubilación/Pensión 2025 Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

¿Actualmente recibe algún pago por trabajo/empleado? (por ejemplo, Uber, DoorDash, Instacart, hotelería, salón de belleza, etc.) (Marque una) ☐ Sí ☐ NO

Si es así, ¿aproximadamente cuánto por semana? \$ \_\_\_\_\_

**Información demográfica:**

**Raza: (Marque una)**

☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

☐ Nativo americano

☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano

☐ Asiático

☐ Negarse a responder

**Etnicidad: (Marque una)**

☐ Hispano

☐ No hispano

☐ Negarse a responder

**Género: (Marque una)**

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Transgénero (de hombre a mujer)

☐ Transgénero (de mujer a hombre)

☐ Otro

☐ Negarse a responder

**Información adicional sobre los miembros adultos del hogar**

(Para personas mayores de 18 años a la fecha de la solicitud)

Nombre de pila:

---

Segundo nombre:

---

Apellido:

---

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

---

Si actualmente está empleado, complete:

Empleador:

---

Fecha de inicio:

---

Número de teléfono del trabajo:

---

Dirección del empleador:

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal:

\_\_\_\_\_  
**Información de ingresos:**

¿Actualmente tiene ingresos de alguna fuente? (Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

\_\_\_\_\_  
¿Le han aprobado la prestación por desempleo (desde junio de 2024 hasta la fecha)?  
(Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

\_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, ¿cuál es el monto de su beneficio semanal en Pensilvania?  
\$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
¿Recibe alguno de los siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan e ingrese el  
monto mensual):

☐ Ingreso del Seguro Social 2025 Monto por mes: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
☐ Ingreso por Discapacidad del Seguro Social 2025 Monto por mes: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
☐ Jubilación/Pensión 2025 Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
¿Actualmente recibe algún pago por trabajo/empleo? (por ejemplo, Uber, DoorDash,  
Instacart, hotelería, salón de belleza, etc.) (Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

\_\_\_\_\_  
Si es así, ¿aproximadamente cuánto por semana? \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Información demográfica:**

**Raza: (Marque una)**

☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

☐ Nativo americano

☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano

☐ Asiático

☐ Negarse a responder

**Etnicidad: (Marque una)**

☐ Hispano

☐ No hispano

☐ Negarse a responder

**Género: (Marque una)**

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Transgénero (de hombre a mujer)

☐ Transgénero (de mujer a hombre)

☐ Otro

☐ Negarse a responder

**Información adicional sobre los miembros adultos del hogar**

(Para personas mayores de 18 años a la fecha de la solicitud)

Nombre de pila:

\_\_\_\_\_

Segundo nombre:

\_\_\_\_\_

Apellido:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Si actualmente está empleado, complete:

Empleador:

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo:

\_\_\_\_\_

Dirección del empleador:

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal:

\_\_\_\_\_

**Información de ingresos:**

¿Actualmente tiene ingresos de alguna fuente? (Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

\_\_\_\_\_

¿Le han aprobado la prestación por desempleo (desde junio de 2024 hasta la fecha)?  
(Marque una) ☐ SÍ ☐ NO

\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuál es el monto de su beneficio semanal en Pensilvania?

\$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Recibe alguno de los siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan e ingrese el monto mensual):

☐ Ingreso del Seguro Social 2025 Monto por mes: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Ingreso por Discapacidad del Seguro Social 2025 Monto por mes: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Jubilación/Pensión 2025 Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

---

¿Actualmente recibe algún pago por trabajo/empleado? (por ejemplo, Uber, DoorDash, Instacart, hotelería, salón de belleza, etc.) (Marque una) ☐ Sí ☐ NO

---

Si es así, ¿aproximadamente cuánto por semana? \$\_\_\_\_\_

---

**Información demográfica:**

**Raza: (Marque una)**

☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

☐ Nativo americano

☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano

☐ Asiático

☐ Negarse a responder

**Etnicidad: (Marque una)**

☐ Hispano

☐ No hispano

☐ Negarse a responder

**Género: (Marque una)**

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Transgénero (de hombre a mujer)

☐ Transgénero (de mujer a hombre)

☐ Otro

☐ Negarse a responder

## **Solicitud de asistencia**

### **Estado de desalojo**

¿Su hogar ha recibido un aviso de desalojo del tribunal de distrito de magistrados local?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, deberá proporcionar el aviso de desalojo con la presentación final de la solicitud.

¿Ha recibido una notificación de una audiencia de desalojo de un magistrado de distrito? ☐  
SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, nombre del Tribunal de Magistrados del Distrito:

\_\_\_\_\_

### **Atrasos en el alquiler**

Complete el saldo de renta adeudado de cada mes. Se puede solicitar un total de hasta 6 meses de atraso.

Enero de 2025: \$ \_\_\_\_\_

Febrero de 2025: \$ \_\_\_\_\_

Marzo de 2025: \$ \_\_\_\_\_

Abril de 2025: \$ \_\_\_\_\_

Mayo de 2025: \$ \_\_\_\_\_

Junio de 2025: \$ \_\_\_\_\_

Julio de 2025: \$ \_\_\_\_\_

Agosto de 2025: \$ \_\_\_\_\_

Septiembre de 2025: \$ \_\_\_\_\_

### **Información para el propietario**

Nombre del propietario tal como aparece en el contrato de arrendamiento:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del propietario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del propietario: \_\_\_\_\_

Dirección postal del propietario: \_\_\_\_\_

### **Solicitud de asistencia con los servicios públicos**

La asistencia con los servicios públicos se considera después del pago atrasado, el alquiler de 3 meses en adelante y si existe un saldo restante en el presupuesto.

Los pagos se realizarán únicamente por el saldo vencido de servicios públicos.

Enumere todos los servicios públicos de los que usted, como inquilino, es responsable financieramente (solo incluya las facturas que estén a nombre de un miembro del hogar).

Nombre de la compañía de agua: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa de gas/propano: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía eléctrica: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa de recolección de basura: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa de alcantarillado: \_\_\_\_\_

Si solicita asistencia con los servicios públicos, debe proporcionar las facturas más recientes.

### **Declaración de certificación**

Certifico (certificamos) que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo (autorizamos) a la Autoridad de Reurbanización a verificar toda la información contenida en este formulario.

**ADVERTENCIA: SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS.**

Cualquier declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta realizada a sabiendas o intencionadamente puede someter al firmante a sanciones en virtud del Artículo 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

**Documentos requeridos**

☐ Identificación con fotografía emitida por el gobierno

☐ Recepción de citación de desalojo del magistrado del distrito local

☐ Contrato de arrendamiento vigente

☐ Verificación de ingresos de todos los miembros adultos del hogar mayores de 18 años; que no estén en la escuela secundaria

☐ - Empleado: Últimas 4 semanas de talones de pago consecutivos

☐ - Desempleados: Verificación mediante carta de aprobación de desempleo, carta de la Administración del Seguro Social, extracto bancario reciente que indique depósito

☐ - Sin ingresos: Cada persona de 18 años o más deberá completar el formulario de Autodeclaración de ingresos

☐ Facturas de servicios públicos: la factura más reciente que muestra el uso actual y el monto del saldo vencido Y el aviso de corte (si corresponde)

Berks County Nonprofit Development Corporation

# Programa de prevención de desalojos/Eviction Prevention Program

Las solicitudes por escrito se encuentran en 400 E. Wyomissing Avenue,  
Planta Baja, Suite n.º 2, Mohnton, PA 19540

**\*\*Todas las solicitudes completas y la documentación de respaldo deben enviarse únicamente por correo electrónico a [mmartinez@berksredevelop.org](mailto:mmartinez@berksredevelop.org)**

---



**Hay asistencia para el desalojo disponible para inquilinos que enfrentan un desalojo.**

## Documentos de respaldo necesarios:

- ✓ Los inquilinos deben presentar una identificación válida de Pensilvania.
- ✓ Comprobante de una notificación de desalojo emitida por un tribunal de magistrados del condado de Berks. El desalojo debe emitirse por atrasos en el pago del alquiler.
- ✓ Verificación de ingresos de todos los adultos del hogar (mayores de 18 años y no estudiantes de secundaria a tiempo completo). Los inquilinos sin ingresos deben completar el formulario de Autodeclaración de Ingresos incluido en el paquete.
- ✓ Comprobante del contrato de arrendamiento vigente. El solicitante debe figurar en el contrato de arrendamiento.



## **Comprobante de ingresos (mayor de 18 años; no ser estudiante de secundaria)**

### **Documentos necesarios:**

- Salarios:
  - Semanal (4 talones de pago)
  - Quincenal (4 talones de pago)
- Beneficios
  - Carta de concesión (TANF/Desempleo/Compensación militar/Compensación laboral)
  - Carta anual (SSI/SSDI)
  - Orden judicial (manutención de los hijos/pensión alimenticia)

### **A. Salarios y sueldos**

- a. Pensión alimenticia
- b. Manutención infantil
- c. Pensiones de los empleados del gobierno
- d. Ingresos periódicos procedentes de patrimonios o fideicomisos
- e. Pensiones privadas, seguros regulares o pagos de anualidades
- f. Beneficio del trabajo autónomo
- g. Jubilación del ferrocarril
- h. Ingresos por alquileres y regalías después de deducir los gastos comerciales, incluidos los gastos para asegurar los ingresos.
- i. Los beneficios de la huelga provienen de los fondos sindicales
- j. Becas de formación
- k. Compensación laboral

### **B. Beneficios gubernamentales**

- a. Seguridad Social (SSDI)
- b. SSI tanto para adultos como para niños
- c. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- d. Pagos a veteranos
- e. Compensación por desempleo
- f. Compensación militar