



Агентство по благоустройству Hallandale Beach

Заявление на участие в программе мини-грантов для пожилых людей

Крайний срок подачи заявлений на участие в любой из программ на 2023–2024 финансовый год — 27 июня 2024 года.

Крайний срок подачи заявлений на участие в любой из программ на 2024–2025 финансовый год — 26 июня 2025 года.

Создано в апреле 2019 года
Редакция от сентября 2023 года

ПРОГРАММА МИНИ-ГРАНТОВ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Обзор программы

Цель **Программы мини-грантов для пожилых людей** — предоставление пожилым людям в возрасте шестидесяти (60) лет и старше финансовой помощи для улучшения фасада жилых домов в округе благоустройства с целью улучшения состояния и стоимости недвижимости, а также содействия ликвидации трущоб и упадка. Этот грант также предоставляется для ремонтов интерьера с целью решения проблем обеспечения безопасности, включая удаление асбеста, плесени, устранение препятствий в домах для лиц с инвалидностью и (или) пожилых людей или других проблем обеспечения безопасности, как это определено специалистом отдела строительства или соблюдения норм.

В рамках этой программы один объект недвижимости может получить помощь дважды каждые четыре года.

Требования для участия в программе.

- Недвижимость должна быть расположена в пределах района HBCRA.
- Заявитель должен быть в возрасте шестьдесят (60) лет или старше.
- Место жительства должно представлять собой односемейный дом, в котором проживает владелец (основное место жительства).
- Заявитель не может проходить процедуру банкротства (если заявитель объявил о банкротстве и получил освобождение, трехлетний период ожидания отменяется).
- Недвижимость не может находиться на стадии обращения взыскания или в ожидании процедуры обращения взыскания.
- Все налоги на недвижимость и коммунальные услуги должны быть действующими для подачи заявления и должны оставаться действующими в период получения помощи.
- Страхование собственников жилья должно быть действующим для подачи заявления и должно оставаться действующим в период получения помощи. (Не подается, если дом выкуплен и требует улучшения для получения страхового покрытия.)
- Принимаются заявления от заявителей, имеющих задолженность по счетам за воду, при условии наличия графика платежей и произведения платежей в соответствии с этим графиком.
- Участники должны предоставить подтверждение дохода и соответствовать требованиям к доходу домохозяйства на основе валового дохода заявителя (таблица среднего дохода по округу Broward прилагается).
- Заявитель должен иметь средний уровень дохода домохозяйства или ниже.
- Все проекты, работы по которым уже начались до получения гранта HBCRA, не финансируются.
- Работы должны выполняться лицензированным подрядчиком. HBCRA не финансирует улучшения, работы по которым выполняет заявитель, что также имеет название «выстраданный капитал».
- Трейлерные парки и кооперативные дома не могут участвовать в программе мини-грантов для пожилых людей.

Приемлемые виды использования.

Финансовая помощь HBCRA может быть использована для нижеперечисленных улучшений.

- Ремонт или замена кровли

- Ударопрочные окна и двери
- Пешеходная и подъездная дорожка, включая канаву
- Восстановление или очистка каменной кладки или штукатурки наружных стен
- Очистка под давлением
- Покраска
- Озеленение
- Ограждение
- Энергоэкономичный кондиционер, водонагреватель
- Устранение термитов
- Ремонт или замена дамбы
- Другие внешние улучшения, не указанные выше, могут рассматриваться в каждом конкретном случае.

Хотя целью этой программы является улучшение экстерьера, она также может предусматривать срочный ремонт интерьера для решения проблем обеспечения безопасности, включая удаление асбеста, плесени, устранение препятствий в домах для лиц с инвалидностью и (или) пожилых людей или других проблем обеспечения безопасности, как это определено специалистом отдела строительства или соблюдения норм.

Расходы могут включать другие работы, необходимые для завершения проекта, в том числе оплату услуг архитектора, ландшафтного архитектора или технических услуг, предусматривающих подготовку строительных чертежей, надзор за ходом строительства, сборы за разрешения и осмотр.

Условия.

Недвижимость, занимаемая владельцем. В рамках программы мини-грантов для пожилых людей HBCRA может предоставить помощь в размере до \$15 000 для объектов жилой недвижимости.

Допускается одновременное участие в программе SMGP и в Программе покраски города.

Все улучшения должны выполняться лицензированным подрядчиком и должны быть завершены в течение 120 дней с момента получения займа.

Платежи производятся непосредственно подрядчику от имени заявителя (заявителю не возмещаются средства, уплаченные им подрядчику).

Сборы.

Плата за подачу заявления по этой программе не взимается.

Заполните все страницы заявления. Если пункт является неприменимым, укажите «Н/П»

Необходимые документы

К заявлению должны прилагаться «копии» всех нижеперечисленных документов.

- Свидетельство о собственности
 - Последнее извещение о начислении налога на недвижимость от округа Broward
 - Полис страхования недвижимости, полис страхования от ураганов (не подается, если дом выкуплен и требует улучшения для получения страхового покрытия)
 - Подтверждение проживания (счет за коммунальные услуги)
 - Последняя ипотечная декларация, отображающая текущий остаток (если применимо) или удовлетворение ипотеки
 - Последние банковские выписки со всех счетов (чековые вклады, сбережения и т. д.) за
 - последние три (3) месяца Квитанции о начислении заработной платы (за последние три
 - (3) месяца, если применимо)
 - Налоговая декларация (за последние два (2) года, если применимо)
 - Выписка о социальном обеспечении
 - Помощь по программе SNAP (если применимо)
 - Пенсионные выплаты
 - Пособие по инвалидности
 - Предложения подрядчика по ориентировочной стоимости всех работ, которые необходимо выполнить (минимум два (2) на каждое улучшение)
 - Водительское удостоверение штата Флорида или действительное удостоверение личности штата Флорида
- Есть ли обратная ипотека на этот объект недвижимости Да Нет

ПРИМЕЧАНИЕ. Заявления можно подавать лично в офис HBCRA. После получения заявление рассматривается в течение сорока пяти (45) дней для определения права на участие. Письменное уведомление отправляется заявителю в течение сорока пяти (45) дней. HBCRA не принимает заявления, содержащие неполную информацию.

Подача заявления не является гарантией получения финансирования. Заявитель обязан ОЗНАКОМИТЬСЯ со всеми аспектами правил/требований и заявления программы.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ТРЕТЬИХ СТОРОН. Заявление на участие в программе HBCRA не создает каких-либо прав ни для одной из сторон, в том числе для сторон, выполнявших работы по проекту. Выплата гранта/займа также не налагает каких-либо обязательств на HBCRA перед какой-либо третьей стороной. HBCRA не обязано проверять факт получения организациями, заключившими договор с заявителем, полной оплаты или факт выплаты этими организациями вознаграждения любым субподрядчикам в полном объеме. Гарантия заявителя о том, что он несет прямую ответственность за все счета, связанные с проектом, является достаточной гарантией для HBCRA для предоставления гранта/займа.

Как вы узнали о нашей программе?

Интернет Hallandale Happenings Comcast Другой форум _____

Hallandale Beach Community Redevelopment Agency

400 South Federal Highway, Hallandale Beach, Florida 33009

(954) 988-2631 | www.cohbcra.org

Заявление на участие в программе мини-грантов для пожилых людей NIP

Заявитель:

Полное имя: _____

Адрес объекта недвижимости: _____ Hallandale Beach, FL 33009

Почтовый адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Ежемесячный ипотечный платеж \$ _____ Проживаю по этому адресу с: _____

Дата рождения: _____

Номер социального страхования: ____ - ____ - ____ Мужской Женский Размер домохозяйства: _____

Семейное положение: _____ Женат/замужем _____ Отдельное проживание

_____ Не женат / не замужем (не в браке, разведен (-а), вдовец/вдова)

Работодатель № 1 (ниже перечислите все места работы)

Работодатель: _____ Телефон: _____

Контактное лицо для проверки дохода: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Должность: _____ Трудоустроен(-а) с: _____

Валовой ежемесячный доход: _____ Премия: _____ Сверхурочные: _____

Социальное обеспечение: _____ Пособие по инвалидности / пенсия _____ Другое (укажите): _____

Работодатель №2 (если применимо)

Работодатель: _____ Телефон: _____

Контактное лицо для проверки дохода: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Должность: _____ Трудоустроен(-а) с: _____

Валовой ежемесячный доход: _____ Премия: _____ Сверхурочные: _____

Социальное обеспечение: _____ Пособие по инвалидности / пенсия _____ Другое (укажите): _____

Созаявитель

Полное имя: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: ____ Почтовый индекс: _____ Телефон: _____

Ежемесячный ипотечный платеж \$ _____ Проживаю по этому адресу с: _____

Дата рождения: _____

Номер социального страхования: ____ - ____ - ____ Мужской Женский Адрес электронной почты: _____

Семейное положение: _____ Женат/замужем _____ Отдельное проживание
_____ Не женат / не замужем (не в браке, разведен(-а), вдовец/вдова)

Отметьте один пункт: ____ Белый ____ Чернокожий ____ Американский индеец ____ Латиноамериканец
____ Азиат (уроженец тихоокеанских островов) ____ Другое

Работодатель № 1 (ниже перечислите все места работы)

Работодатель: _____ Телефон: _____

Контактное лицо для проверки дохода: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Должность: _____ Трудоустроен(-а) с: _____

Валовой ежемесячный доход: _____ Премия: _____ Сверхурочные: _____

Социальное обеспечение: _____ Пособие по инвалидности / пенсия: _____

Другое (укажите): _____

Работодатель №2 (если применимо)

Работодатель: _____ Телефон: _____

Контактное лицо для проверки дохода: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Должность: _____ Трудоустроен(-а) с: _____

Валовой ежемесячный доход: _____ Премия: _____ Сверхурочные: _____

Социальное обеспечение: ____ Пособие по инвалидности / пенсия ____ Другое (укажите): _____

ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СОЗЯВИТЕЛЯ: \$ _____

Источник дохода

Алименты _____ Содержание ребенка _____

Социальное обеспечение _____ Пособие по инвалидности / пенсия _____

Помощь по программе SNAP _____ Другое (укажите) _____

ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ: \$ _____

ДРУГИЕ СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩИЕ ЛИЦА (кроме заявителя и созаявителя, указанных на этой странице)

Полное имя	Дата рождения	Кем приходится заявителю	Валовой годовой доход

АКТИВЫ (для заявителя, созаявителя и других)

Банковские счета: Чековые вклады, сбережения, пенсионные накопления, депозитные сертификаты и т. д. При необходимости используйте дополнительные листы.

СОСТОЯНИЕ СЧЕТОВ

Вид счета	Банк/учреждение	Заявитель	Созаявитель	Другое	ОБЩАЯ СУММА
Чековые вклады					
Сбережения					
Пенсионные накопления					
Акции					
Облигации					
Взаимные фонды					
Другое					
Транспортные средства, лодки					

ОБЩАЯ СУММА АКТИВОВ \$ _____

ДОЛГОВЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА (для заявителя, созаявителя и других)

Кредиты с погашением в рассрочку (банковские), кредиты на покупку автомобиля, кредитные карты, студенческие кредиты, больничные счета и другие долговые обязательства. Укажите выплаты по содержанию ребенка и алименты. (Арендная плата, плата за коммунальные услуги и кабельное телевидение не указываются) Укажите сумму в колонке для соответствующего лица.

Банк или кредитор	Заявитель	Созаявитель	Ежемесячный платеж	Сумма задолженности

ОБЩАЯ СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ: \$ _____ \$ _____

УЛУЧШЕНИЕ (-Я):

СМЕТА:

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Приблизительная сумма помощи, на которую вы претендуете:

\$ _____

**АГЕНТСТВО ПО БЛАГОУСТРОЙСТВУ HALLANDALE BEACH (HALLANDALE BEACH COMMUNITY
REDEVELOPMENT AGENCY, HBCRA)
400 S. Federal Highway, Hallandale Beach, FL 33009
ЗАПРОС О ПОДТВЕРЖДЕНИИ ДОХОДОВ**

А. ПОЛНОЕ ИМЯ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН ЗАЯВИТЕЛЯ

Полное имя: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

В. ПОЛНОЕ ИМЯ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ

Полное имя: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ

Заявитель, указанный в разделе А, подал заявление на участие в программе мини-грантов для пожилых людей Hallandale Beach CRA. Заявитель предоставил HBCRA письменное разрешение получить подтверждение доходов в конфиденциальном порядке. Предоставьте запрашиваемую ниже информацию и отправьте эту форму обычной почтой по вышеуказанному адресу или по электронному адресу Info_cra@cohb.org.

ПРОВЕРКА РАБОТОДАТЕЛЯ

1. Занимаемая должность: _____

2. Даты трудоустройства: С _____ По _____

3. Вероятность продолжения трудовой деятельности _____

Ставка заработной платы (ориентировочная, если не фактическая).

Текущий базовый оклад \$ _____

_____ Ежедневно _____ Ежемесячно _____ Раз в две недели _____ Другое _____

(Укажите количество часов работы в неделю)

Полученная дополнительная компенсация

\$ _____ Сверхурочные \$ _____ Комиссионные \$ _____ Премия

Ожидаемый заработок в течение следующих 12 месяцев _____

Если заявитель является военнослужащим, его ежемесячный доход составляет:

\$ _____ Основной оклад \$ _____ Полет или опасные условия

\$ _____ Надбавки \$ _____ Другое обеспечение

Было ли прекращено трудоустройство? ___ Да ___ Нет [если да, то имеет ли данное лицо право на пособие по безработице? _____ (да/нет)]

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ

Вышеуказанная информация предоставляется на условиях строгой конфиденциальности в ответ на запрос HBCRA.

Подпись работодателя

Дата

Должность
работодателя

РАЗРЕШЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Настоящим я разрешаю предоставить вышеуказанную
запрашиваемую информацию.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ

Я/мы понимаю/понимаем, что эта программа предоставляет помощь собственникам жилья, и я/мы утверждаю/утверждаем, что в настоящее время я/мы не прохожу / не проходим процедуру банкротства.

Я/мы даю/даем согласие на участие в продвижении этой программы, на прохождение опроса и фотографирование. Я/мы даю/даем согласие на использование NBCRA моих/наших фотографий с моим/нашим именем (именами) в любых законных целях, в том числе для распространения информации, иллюстрации, рекламы и распространения в Интернете.

Я/мы понимаю/понимаем условия этой программы и своей подписью подтверждаю/подтверждаем, что нижеприведенные условия применимы ко мне/нам.

Я/мы заявляю/заявляем, что вся информация, представленная на всех страницах этого заявления, является достоверной и точной, насколько мне/нам известно. Я/мы понимаю/понимаем, что недостоверные сведения или неверная информация могут лишить меня/нас права на участие в этой программе.

В ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЧЕГО я/мы прилагаю/прилагаем свою подпись (свои подписи), скрепленную печатью _____ 20____.

СВИДЕТЕЛИ:

_____ **Расшифровка подписи: Заявитель**

_____ **Подпись заявителя**

_____ **Расшифровка подписи: Созаявитель**

_____ **Подпись созаявителя**

**ШТАТ ФЛОРИДА, ОКРУГ
BROWARD**

Вышеупомянутый документ был удостоверен в своей подлинности в моем присутствии _____ дня _____ 20____ года, на основании (отметьте один пункт) [] физического присутствия или [] нотариального оформления онлайн, _____, [] известным мне лично или [] предъявившим водительское удостоверение в качестве удостоверения личности.

Срок моих полномочий истекает:

(нотариальная печать)

Нотариус (подпись)

ОКРУГ BROWARD

ТАБЛИЦА КАТЕГОРИЙ ДОХОДОВ В 2023 ГОДУ

Средний доход по округу Broward: \$88 500

Данные HUD от: 15.05.2023

Данные FHFC от: 15.05.2023

<i>Размер домохозяйства</i>	<i>Крайне низкий (30 %)</i>	<i>Очень низкий (50 %)</i>	<i>Низкий (80 %)</i>	<i>Умеренный (120 %)</i>	<i>Рабочая сила (140 %)</i>
1	\$20 200	\$33 600	\$53 800	\$80 640	\$94 080
2	\$23 050	\$38 400	\$61 450	\$92 160	\$107 520
3	\$25 950	\$43 200	\$69 150	\$103 680	\$120 960
4	\$30 000	\$48 000	\$76 800	\$115 200	\$134 400
5	\$35 140	\$51 850	\$82 950	\$124 440	\$145 180
6	\$40 280	\$55 700	\$89 100	\$133 680	\$155 960
7	\$45 420	\$59 550	\$95 250	\$142 920	\$166 740
8	\$50 560	\$63 400	\$101 400	\$152 160	\$177 520
9	См. данные HUD	\$67 200	\$107 520	\$161 280	\$188 160
10	См. данные HUD	\$71 040	\$113 664	\$170 496	\$198 912



Приложение II. Карта территории CRA

Район CRA с северной стороны ограничен Pembroke Road, с южной — линией округа Дейд-Брауард, с западной — автомагистралью Interstate 95 и с восточной — NE 14th Avenue и каналом 14th Avenue.

