

Servicio de Viviendas Rurales, Centro de Servicios Centralizados
P.O. Box 66835
St. Louis, MO 63166

Estimado propietario:

Es momento de revisar su elegibilidad para el pago de subsidios sobre su préstamo del Servicio de Viviendas Rurales. Su contrato de subsidio actual vencerá el _____. Es importante que usted devuelva la información solicitada en la presente carta antes del _____ para continuar con el subsidio o sus pagos aumentarán hasta la tasa total del pagaré. Si se recibe la información después de esta fecha, al nuevo contrato de subsidio no se le aplicarán efectos retroactivos y usted será responsable por el pago total hasta que se estipule un nuevo contrato.

El monto del subsidio que usted recibirá depende de su ingreso, del número de personas de su hogar y, en algunos casos, sus gastos. Necesitamos la información detallada en esta carta para calcular la asistencia que puede solicitar.

ENVÍE TODOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN EL SOBRE PREDIRIGIDO ADJUNTO A:

**USDA, Rural Development
Centralized Servicing Center
P.O. Box 66835
St. Louis, MO 63166**

- 1. Certificación de ingresos.** Complete la **Certificación de renovación del pago de subsidios** adjunta. Este formulario resume la información sobre los ingresos y gastos de su hogar. Puede utilizarlo como una lista de verificación para determinar cuáles de los adjuntos que aparecen debajo se necesitan. Este formulario **debe estar firmado por todos los prestatarios y devuelto junto con todos los documentos** que nos envíe por correo.
- 2. Para todos los adultos de su hogar enumerados en la Certificación,** adjunte lo siguiente:
 - Una copia firmada del **Formulario RD 3550-1, "Autorización para divulgar información;"**
 - **Copias de los dos últimos recibos de sueldo consecutivos** de cada adulto empleado; y
 - **Copias de las últimas declaraciones de impuestos federales.**
 - Para **trabajadores temporarios,** envíe el **Formulario 1040** y los **Formularios W-2 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).**
 - Para **trabajadores autónomos,** envíe el **Anexo C o F junto con el Formulario 1040.**
- 3. Para cualquier miembro de su hogar que reciba ingresos de fuentes que no sean un empleo, utilice las líneas 8 y 9 de la Certificación para informar el ingreso y adjunte una copia de las últimas cartas de concesión o beneficio u otra prueba del monto que el miembro de su hogar recibió de dicha fuente. Los ingresos pueden proceder de algunos de los siguientes:**
 - Declaración de beneficios/Cartas de concesión respecto del seguridad social, seguridad de ingreso suplementario, jubilaciones, Asuntos de veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
 - Documentación de la remuneración del trabajador, beneficios por desempleo
 - Documentación de pensión conyugal, pensión alimenticia, donaciones de Ayuda a familias con menores dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés),
 - Asistencia pública
- 4. Si desea reclamar los gastos por el cuidado de menores, atención médica o el cuidado de un familiar con discapacidad que le permita a otro miembro de su hogar trabajar,** siga las instrucciones de las líneas 10, 11 y 12 de la Certificación.

TENGA EN CUENTA: Solo la información sobre la Renovación del pago de asistencia debe devolverse en el sobre adjunto. Todos los pagos deben enviarse por correo en el sobre proporcionado junto con su estado de cuenta. Los pagos por correo y toda otra correspondencia que no esté relacionada con la Renovación del pago de asistencia a la dirección antes mencionada demorarán significativamente el acuerdo de su contrato de subsidios y generará una respuesta lenta a sus consultas.

Debe enviar este formulario (no una copia) por correo. No lo envíe por FAX.

PARA OBTENER AYUDA, LLAME AL 1-800-414-1226

EL SERVICIO DE VIVIENDAS RURALES SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL ANTES DE APROBAR CUALQUIER RENOVACIÓN DE PAGO DE SUBSIDIOS.

SERVICIO DE VIVIENDAS RURALES CERTIFICACIÓN DE RENOVACIÓN DEL PAGO DE SUBSIDIOS

NOMBRE: _____

FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____

N.º DE CUENTA: _____

Proporcione la siguiente información con tinta. **SI NO SE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN SOLICITADA, NO SE PUEDE PROCESAR SU SOLICITUD DEL PAGO DE SUBSIDIOS.**

La información que yo/nosotros he/hemos proporcionado es completa y verdadera a mi/nuestro leal saber y entender. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que la información que aparece a continuación está siendo recopilada para determinar si soy/somos elegible(s) para recibir el pago de subsidios, y que no proporcionar la información completa y precisa puede resultar en sanciones civiles y penales.

Firma del prestatario

Fecha

Firma del prestatario

Fecha

N.º de teléfono particular: _____

N.º de teléfono alternativo o laboral: _____

DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO (NO UNA COPIA) POR CORREO. NO LO ENVÍE POR FAX.

1. TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR DEBEN FIRMAR UNA "AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN" FORMULARIO 3550-1.

2. COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN EN SU TOTALIDAD:

NOMBRE COMPLETO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR – COMIENZE CON EL SUYO	RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA	EDAD	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	EMPLEADO		ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO		DISCAPACITADO	
				SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
	USTED MISMO								

3. Sí No ¿Alguien que vive en su hogar presentó la declaración de impuestos federales el año pasado?

DEBE INCLUIR UNA COPIA DEL/DE LOS FORMULARIO/S 1040, 1040EZ, 1040A DEL IRS DEL AÑO PASADO O DECLARAR POR TELÉFONO LOS REGISTROS IMPOSITIVOS PARA TODOS LOS ADULTOS DE SU HOGAR QUE LA PRESENTARON. NO ENVÍE EL FORMULARIO 8453.

4. Sí No ¿Alguien que vive en su hogar es trabajador autónomo?

SI LA RESPUESTA ES SÍ, INCLUYA UNA COPIA DEL ANEXO C O F PARA IMPUESTO FEDERAL DEL AÑO PASADO.

5. \$ _____ Monto de impuestos inmobiliarios adeudados cada año.

Estoy exento de pagar.

6. \$ _____ Monto de seguro de la propiedad pagado por año.

No tengo seguro.

7. ADJUNTE LOS DOS ÚLTIMOS RECIBOS DE SUELDO CONSECUTIVOS PARA TODOS LOS EMPLEADOS DE SU HOGAR Y COMPLETE LO SIGUIENTE PARA CADA TRABAJO:

NOMBRE COMPLETO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR	MONTO DE INGRESO ANUAL	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR

***** COMPLETE LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO *****

8. Sí No ¿Alguien que vive en su hogar recibe ingresos de:
(SI LA RESPUESTA ES SÍ, ADJUNTE UNA COPIA DE LA DECLARACIÓN DE BENEFICIOS O CARTA DE CONCESIÓN ACTUAL)
- SEGURIDAD SOCIAL (SEG. SOCIAL O SEG. DE INGRESO SUPLEMENTARIO)
 - RETIRO (JUBILACIÓN)
 - DESEMPLEO
 - OTRO: ESPECIFICAR _____

9. Sí No ¿Alguien que vive en su hogar recibe pensión alimenticia o pensión conyugal?
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ADJUNTE
- A. LA DECLARACIÓN DEL SECRETARIO DEL TRIBUNAL DONDE CONSTE EL MONTO QUE RECIBIÓ EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (si fue cobrado por los tribunales), O**
 - B. LA SENTENCIA DEL TRIBUNAL QUE MUESTRE EL MONTO QUE DEBERÍA RECIBIR, O**
 - C. SI NO HAY UNA SENTENCIA DE UN TRIBUNAL, UNA DECLARACIÓN DEL MONTO PAGO FIRMADO POR LA PERSONA QUE LE PAGA A USTED.**

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN PARA INGRESOS RECIBIDOS DE LAS LÍNEAS 8 Y 9.

PERSONA QUE RECIBE LOS INGRESOS O BENEFICIOS	RECIBIDO DE UNA PERSONA FÍSICA O NOMBRE DE LA AGENCIA	MONTO RECIBIDO TODOS LOS MESES

NOTA: ADJUNTE HOJAS SEPARADAS SI FUERA NECESARIO.

NO ENVÍE COMPROBANTES, FACTURAS U OTRAS DECLARACIONES DE GASTOS PAGADOS PARA LAS LÍNEAS 10, 11 Y 12.

10. GASTOS POR EL CUIDADO DE MENORES: **Solo complete esta sección si el cuidado de menores no es reembolsado y es necesario para niños menores de 13 años ya que permite que un miembro del hogar trabaje o vaya a la escuela. Separe los gastos por trabajo y escuela.**

NOMBRE DEL MENOR	NOMBRE, DIRECCIÓN Y HORAS DE CUIDADO POR SEMANA DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS O LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N.º DE TELÉFONO	COSTO POR SEMANA	NOMBRE DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE PUEDEN TRABAJAR O IR A LA ESCUELA
	Horas:			
	Horas:			

11. GASTOS MÉDICOS: **Solamente complete esta sección si el prestatario o coprestatario tiene 62 años o más, o si el prestatario o coprestatario es discapacitado.** Incluya los gastos realmente pagados por usted (no por el seguro). Si tiene facturas con un acuerdo de pago, **SOLO** incluya el monto por pagar en los próximos doce meses.

TIPO DE GASTOS MÉDICOS	MONTO TOTAL DE GASTOS POR AÑO
DOCTOR	
HOSPITAL	
SEGURO MÉDICO	
MEDICINAS o MEDICAMENTOS	
OTRO: Especificar	

12. GASTOS DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD: **Solamente complete si tiene gastos por el cuidado de un miembro discapacitado en su hogar que no sea reembolsado por otra fuente y que le permita trabajar a un familiar.**

NOMBRE DEL MIEMBRO DISCAPACITADO DEL HOGAR	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS	N.º DE TELÉFONO	COSTO POR SEMANA	NOMBRE DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE PUEDEN TRABAJAR