



Danbury Senior Center
10 Elmwood Place
Danbury, CT 06810
203-797-4686
Fax: 203-796-1645
www.danburyseniors.org
t.dasilva@danbury-ct.gov

PROGRAMA DE REEMBOLSO DE ALQUILER (1 de Abril al 30 de Septiembre)

ATENCIÓN

APLICACIONES Y APOYO
SOLO SE ACEPTARÁN DOCUMENTOS ENTRE
DEL 1 DE ABRIL AL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2024.

Las solicitudes incompletas serán devueltas

Las solicitudes completadas pueden ser dejadas, enviadas por correo electrónico, fax o correo postal a la dirección anterior.

**PROGRAMA DE REEMBOLSO PARA INQUILINOS
CAMBIOS EN LA LEY PÚBLICA 24-132 A PARTIR
DEL 1 DE JULIO DE 2024**

- La fecha límite de solicitud es ahora el lunes 30 de septiembre.
- Todas las solicitudes deben ser recibidas por la oficina del asesor del municipio o la agencia de servicios sociales a más tardar el 30 de septiembre.
 - Ya no existe una disposición para solicitar una extensión de tiempo para presentar la solicitud debido a una afección médica.
- Los cheques de pago de reembolso para inquilinos se procesarán antes del 30 de noviembre.

Reembolso para inquilinos para ancianos y totalmente discapacitados

La ley estatal proporciona un programa de reembolso para los inquilinos de Connecticut que son ancianos o totalmente discapacitados, y cuyos ingresos no exceden ciertos límites.

Las personas que alquilan un apartamento o una habitación, o que viven en una vivienda cooperativa o en una casa móvil, pueden ser elegibles para este programa.

Los reembolsos para inquilinos pueden ser de hasta \$900 para parejas casadas y \$700 para personas solteras. El monto del reembolso para inquilinos se basa en una escala de ingresos graduada y el monto de los pagos de alquiler y servicios públicos (excluyendo el teléfono) realizados en el año calendario anterior al año en que el arrendatario presenta la solicitud.

La solicitud se puede realizar entre el 1 de abril y el ~~30 de Septiembre~~
30 de Septiembre

¿Quién es elegible?

El ingreso máximo del **Programa de Reembolso para Inquilinos de Connecticut** para que una persona **soltera** califique es de **\$43,800** o **\$53,400** para una **pareja casada**. Además de cumplir con los criterios anteriores, los solicitantes deben cumplir:

1. Un requisito de residencia estatal de un año;
2. Tener 65 años o más o menos de 65 años y ser elegible para recibir beneficios por discapacidad del Seguro Social antes del 31 de diciembre de 2023.
3. Si tiene 50 años o más y es el cónyuge sobreviviente de un inquilino que en el momento de la muerte del inquilino había calificado y tenía derecho al reembolso, puede volver a presentar una solicitud.
4. Para ser elegibles, los beneficiarios deben cumplir con los requisitos.

**STATE OF CONNECTICUT - OFFICE OF POLICY AND MANAGEMENT
APPLICATION FOR RENTER'S REBATE
OF ELDERLY RENTERS AND TOTALLY DISABLED PERSONS**

M-35R

_____ RENTER

FILING PERIOD APRIL 1 - SEPTEMBER 30

1. NAME (Last)	(First) _____ (Middle Initial) _____	BIRTH DATE (Mo, Day, Yr)	SOCIAL SECURITY NO.
2. SPOUSES NAME (Last)	(First) _____ (Middle Initial) _____	SPOUSE BIRTH DATE (Mo, Day, Yr)	SPOUSE SOCIAL SECURITY NO.
3. PRESENT MAILING ADDRESS	CITY OR TOWN (Don't Abbreviate) _____ STATE _____ ZIP CODE _____		
4. RENTAL ADDRESS IN CT IF DIFFERENT THAN ABOVE	CITY OR TOWN _____ STATE _____ ZIP CODE _____		
5. FILING STATUS- CHECK ONLY ONE: <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> UNMARRIED <input type="checkbox"/> CIVIL UNION <input type="checkbox"/> SURVIVING SPOUSE (AGE 50 TO 65) PROOF REQUIRED	IF APPLICANT IS TOTALLY DISABLED CURRENT PROOF REQUIRED CHECK HERE: <input type="checkbox"/>		
IF SPOUSE IS A RESIDENT OF A HEALTH CARE OR A NURSING HOME FACILITY IN CT AND ON TITLE XIX PROOF REQUIRED CHECK HERE: <input type="checkbox"/>	NURSING HOME CHECK HERE: <input type="checkbox"/> TOTALLY DISABLED CHECK HERE: <input type="checkbox"/>		
6. WHAT % OF RENT AND UTILITIES DO YOU PAY? (Husband and Wife are considered to be one (1) renter)	_____ %		
7. TOTAL RENT AND UTILITIES ACTUALLY PAID BY APPLICANT/APPLICANTS	_____ \$		
8. DID OR WILL YOU FILE A FEDERAL TAX RETURN FOR LAST YEAR?	<input type="checkbox"/> YES (Attach Copy) <input type="checkbox"/> NO		
9. PUBLIC ASSISTANCE RECIPIENTS PLEASE NOTE: You may receive LESS than the TENTATIVE GRANT on line 20 below.			
10. DID YOU RENT IN CONNECTICUT FOR THE ENTIRE CALENDAR YEAR? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	11. IF THE ANSWER TO (10) IS "NO", ENTER DATES YOU RENTED: Starting Mo, Yr _____ Ending Mo, Yr _____		
12. INCOME RECEIVED DURING LAST CALENDAR YEAR:			
A. GROSS INCOME - Includes: Federal Gross income or its equivalent. Such as, but not limited to, wages, lottery winnings, taxable pensions, IRA's, interest, dividends and net rental income (exclude depreciation).	A.\$ _____		
B. NON-TAXABLE INTEREST - Example: Interest from Tax Exempt Government Bonds	B.\$ _____		
C. SOCIAL SECURITY OR RAILROAD RETIREMENT INCOME - Add Medicare premiums (Attach SSA 1099)	C.\$ _____		
D. ANY INCOME NOT REFLECTED IN THE ABOVE - Examples: Federal Supplemental Security Income, Veteran's Pensions, Veteran's Disability Payments, and any other income not listed above.	D.\$ _____		
E. TOTAL Add lines 12A through 12D	E.\$ 0.00		
APPLICANT'S/AUTHORIZED AGENT'S AFFIDAVIT	The applicant or authorized agent deposes that the above statements are true and complete and claims tax relief under provisions of the Connecticut General Statutes. The property for which tax relief is claimed, is the permanent residence/domicile of the applicant. He/she is not receiving State Elderly tax benefits under section 12-129b, section 12-170aa, in any town. I grant permission to the Department of Social Services to release to the Office of Policy and Management information necessary to help determine my eligibility. The penalty for making a false affidavit is the refund of all credits improperly taken and a fine of \$500.00 or imprisonment for one year, or both. Your signature signifies that this affidavit has been read and understood.		
SIGNATURE OF APPLICANT OR AUTHORIZED AGENT	Date signed (Mo, Day, Yr)	APPLICANT'S OR AGENT'S PHONE NO.	AGENT'S RELATIONSHIP
X			

Sign Here



Lista de Verificación del Programa de Reembolso para inquilinos

Formas aceptables de documentos que se adjuntarán a la solicitud de reembolso de alquiler.

Proporcione SOLO lo que se aplica a usted

***NO SE ACEPTARÁN:** talones de pago, facturas mensuales, giros postales, facturas de cable o arrendamiento.

	<p>Identificación</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación/Licencia de conducir/Passport ○ Carta de Adjudicación por Discapacidad
	<p>Comprobante de Ingresos Anuales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Declaración de impuestos de 2023 (Requerido si se presenta) ○ Seguro Social (Formulario 1099) ○ SSI (Seguro Social Suplementario) ○ Pensión ○ Salarios, Formulario W-2 ○ Otros ingresos: (Fondo fiduciario, intereses, anualidades, dividendos)_____
	<p>Comprobante de alquiler: (Proporcione uno)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Historial de alquiler de la Gerente ○ Documento de Verificación del Arrendador (ver adjunto) ○ SOLO COPIAS: cheque de alquiler de 12 meses (solo 2023)
	<p>Utilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Historial de pagos de Eversource para 2023 (llame al 1-800-286-2000) ○ Historial de pagos de la petrolera para 2023
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Solicitud firmada y cumplimentada



Programa de reembolso para inquilinos

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL ARRENDADOR

(A ser llenado por el arrendador)

Llame al 203-797-4686 x2, Tamires DaSilva si tiene más preguntas

<p>NOMBRES Y DIRECCIÓN DE LOS INQUILINOS:</p> <p>(Incluir otros nombres en el contrato de arrendamiento)</p>	
<p>DURACIÓN DE LA RESIDENCIA</p>	<p>El inquilino ha vivido en la dirección indicada durante los siguientes meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Año completo<input type="radio"/> Algunos meses (incluya meses) _____
<p>ALQUILER QUE EL INQUILINO PAGÓ EN 2023</p>	<p>\$ _____</p>
<p>PROPIETARIO</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Firma : _____</p>
<p>SOLICITANTE:</p>	<p>Firma : _____</p> <p><i>Reconozco que toda la información es verdadera y correcta. La sanción por hacer una declaración jurada falsa es el reembolso de todos los créditos tomados indebidamente y una multa de \$500.00 o prisión por un año o ambos.</i></p>

Por favor, responda a ambas afirmaciones: (Opcional)

Seleccione una o más categorías raciales: Seleccione una o más de las categorías étnicas:

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negro o afroamericana
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanco

- Ni hispanos ni latinos
- Hispano o latino

¡Gracias por los que participaron en la encuesta! ¡Esta encuesta ayuda a financiar una subvención para ayudar a contratar más personal para ayudar con el Programa de Reembolso para Inquilinos!