



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 SOPORTE
LOS DOCUMENTOS SOLO SE ACEPTARÁN ENTRE
DEL 1 DE ABRIL AL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025.

Las solicitudes incompletas serán devueltas

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

Spanish

Reembolso para inquilinos para ancianos y discapacitados totales

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 una casa móvil pueden ser elegibles para este programa.

El reembolso para inquilinos puede 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 gradual 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 podrá realizar entre el 1 de abril y el 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 \$45,200 o \$55,100 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 2024.
3. Si tiene 50 años o más y el cónyuge sobreviviente de un arrendatario que en el momento del fallecimiento del arrendatario había calificado y tenía derecho al reembolso, puede volver a presentar una solicitud.
4. Para ser elegibles, los beneficiarios deben cumplir con los requisitos.

**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 SPOUSE IS A RESIDENT OF A HEALTH CARE NURSING HOME OR A NURSING HOME FACILITY IN CT AND ON TITLE XIX <u>PROOF REQUIRED</u> CHECK HERE: <input type="checkbox"/> IF APPLICANT IS TOTALLY DISABLED <u>CURRENT</u> PROOF REQUIRED 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
APPLICANTS/ AUTHORIZED AGENTS 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.	
X				AGENT'S RELATIONSHIP	

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.

Proporcionar SOLO lo que se aplica a usted

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

	<p><u>Identificación:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Identificación/Licencia de conducir-Pasaporte
	<p><u>Si no tiene 65 años, proporcione una carta de discapacidad:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Carta de Adjudicación por Discapacidad
	<p><u>Comprobante de ingresos anuales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Declaración de impuestos de 2024 (Requerido si se presentó) <p>O</p> <ul style="list-style-type: none">- Seguro Social (Formulario 1099)- SSI (Seguro Social Complementario)- Pensión- Salarios, Formulario W-2- Otros ingresos: (Fondo fiduciario, intereses, anualidades, dividendos) _____
	<p><u>Comprobante de alquiler: (Proporcione uno)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Impresión de la empresa de administración de propiedades- Documento de Verificación del Arrendador (ver adjunto)- SOLO COPIAS- Cheque de alquiler de 12 meses (solo 2024)
	<p><u>Utilidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Historial de pagos de alguna fuente para 2024 (llame al 1-800-286-2000)-Historial de pagos de la petrolera para 2024
	<ul style="list-style-type: none">- Solicitud firmada y cumplimentada

Programa de Reembolso para Inquilinos

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL ARRENDADOR

(A rellenar por el arrendador)

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

NOMBRES Y DIRECCIÓN DE LOS INQUILINOS: (Incluir otros nombres en el contrato de arrendamiento)	
DURACIÓN DE LA RESIDENCIA	El inquilino ha vivido en la dirección indicada durante los siguientes meses: <input type="radio"/> Año completo <input type="radio"/> Algunos meses (por favor, incluya meses) _____
ALQUILER INQUILINO PAGADO EN 2024	\$ _____
UTILIDADES	¿Los servicios públicos están incluidos en el alquiler? SI NO Si no está incluido, incluya el historial de pagos de Eversource.
PROPIETARIO	Nombre: _____ Número de teléfono : _____ Correo electrónico: _____ Firma : _____
SOLICITANTE	Firma: _____ Reconozco que toda la información es verdadera y correcta. La multa por hacer una declaración jurada falsa es el reembolso de todos los créditos tomados incorrectamente y una multa de \$500.00 o prisión por un año o ambas.

Selecione uma ou mais categorias raciais:

Branco _____

American negro/africano _____

Hispânico/Latino _____

Asiático _____

Índio americano / Native do Alasca _____

Nativo havaiano / outros Islander do Pacífico _____

Índio Americano/Nativo do Alasca & White _____

Asiático & White _____

Negro/ Afro-Americano y White _____

Índio Americano/ Nativo do Alasca & Negro/Africano American _____

Salidas Multi-racial _____

¡Gracias por participar en la encuesta! ¡Esta investigación ayuda a financiar más personal para ayudar con el programa!