



## Office of Housing

421 King St., Ste. 215  
Alexandria, Virginia 22314  
703.746.4990  
alexandriava.gov/housing

# Application for Assistance

## COVID-19 Emergency Rent Relief Assistance Program

### معلومات جهة الاتصال / Contact Information

Full Name	Email	البريد الإلكتروني
Address	Zip Code	الرمز البريدي
Phone Number	Property Name	اسم العقار
Employer Name	Employer Phone Number	رقم هاتف صاحب العمل
Employer Address		عنوان صاحب العمل

### تكلفة الإسكان / Housing Cost

What size is your current unit? ما حجم وحدتك الحالية؟  Efficiency اقتصادية  1BR غرفة نوم واحدة  2BR غرفتا نوم  3BR 3 غرف نوم

How much is your monthly rent payment? كم تبلغ قيمة الإيجار الشهري للوحدة؟

Do you pay utilities to your landlord? هل تدفع رسوم المرافق إلى مالك العقار؟

How much have you paid since April 1, 2020? كم تبلغ قيمة ما دفعته منذ 1 أبريل 2020؟

What is your balance due for April? ما رصيدك المستحق عن شهر أبريل؟

What is your balance for May? ما رصيدك المستحق عن شهر مايو؟

Do you have a Housing Choice Voucher? هل تحصل على قسيمة اختيار سكن؟ No / نعم

Do you receive any other type of rental assistance or rent relief benefit? هل تتلقى أي نوع آخر من المساعدة الإيجارية أو إحدى مزايا المعونة الإيجارية؟  Yes / نعم  No / لا

Have you received any rental assistance through the Department of Community and Human Services? هل تتلقى أي مساعدة إيجارية من إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية؟  Yes / نعم  No / لا

Have you received any rental assistance from a nonprofit or faith-based organization? هل تتلقى أي مساعدة إيجارية من منظمة غير ربحية أو مؤسسة دينية؟  Yes / نعم  No / لا

## Household Composition

- Please provide information for everyone living in this household starting with the leaseholder and spouse/partner, if any.
- Continue to list the names and ages of every person who lives in your house from oldest to youngest.
- For Employment Status, please use the list on the right.

Employment Status

1. Working Full-time
2. Working Part-time
3. Self- Employment
4. Unemployment, looking for work
5. Unemployment, not looking for work
6. In-job training
7. Temporarily laid off
8. Retired
9. Permanently disabled
10. Temporary disability
11. In school
12. Something else, specify

## تكوين الأسرة

- يرجى تقديم معلومات حول كل شخص يعيش في هذه الأسرة بدايةً من المستأجر والزوج/الشريك، إن وجد.
- استمر في سرد أسماء وأعمار كل شخص يعيش في بيتك من الأكبر سنًا إلى الأصغر سنًا.
- بالنسبة لوضعك الوظيفي، يُرجى استخدام القائمة التي على اليسار.

الوضع الوظيفي

1. عمل بدوام كامل
2. عمل بدوام جزئي
3. عمل حر
4. لا أعمل، وأبحث عن العمل
5. لا أعمل، ولا أبحث عن العمل
6. أتلقى تدريباً أثناء العمل
7. مفصول مؤقتاً
8. متقاعد
9. أعاني من إعاقة دائمة
10. أعاني من إعاقة مؤقتة
11. في المدرسة
12. شيء آخر، يرجى التحديد

Employment Status	Disabled Yes/No	Relationship to Leaseholder	Position or Employment Type, if applicable	Age	Gender	Name
الوضع الوظيفي	مُعلق نعم/لا	العلاقة بالمستأجر	المنصب الوظيفي أو نوع العمل، إذا كان ملائمًا	العمر	النوع	الاسم





## Household Assets

Please list assets owned by each member of your household.

الأصول المملوكة للأسرة  
يُرجى ذكر الأصول التي يملكها كل فرد من أفراد أسرته.

Total	Real Estate Est. Value	Retirement	Stocks and Bonds	Credit Union	Savings Account	Checking Account	Cash	Name
الإجمالي	القيمة التقديرية للعقارات	تقاعد	أسهم وسندات	اتحاد ائتماني	حساب توفير	حساب جاري	نقد	الاسم
0.00 دولار								
0.00 دولار								
0.00 دولار								
0.00 دولار								
0.00 دولار								
0.00 دولار								
0.00 دولار								
0.00 دولار	0.00 دولار	0.00 دولار	0.00 دولار	0.00 دولار	0.00 دولار	0.00 دولار	0.00 دولار	الإجمالي

Income verification: Please provide all applicable documents from the following list for each adult who receives income: income tax returns, letter from employer, pay-stubs, social security or disability benefits letter or statement, retirement benefits letter or statement, child support court order or state agency letter.

Loss of income verification: Please provide any of the following applicable documents: layoff, furlough, or involuntary termination notices, letters from the employer, or other verification of loss of income provided by the employer. For gig workers, printouts of all payments made the by the gig employer(s) to the worker between March 1, 2020 and April 30, 2020. If none of these are available, we will contact the gig employer for verification.

I certify that the information provided herein is true and complete and that any misrepresentation of income or household size reported herein shall be cause for program disqualification. I also understand that this information is to be used only for determining my **preliminary** eligibility for rental assistance and does not obligate me or the City of Alexandria in any way.

إثبات الدخل: يُرجى تقديم جميع المستندات المنطبقة من القائمة التالية لكل شخص بالغ يحصل على دخل: إقرارات ضريبة الدخل، أو خطاب من صاحب العمل، أو إيصالات الراتب، أو خطاب أو بيان استحقاقات الضمان الاجتماعي أو استحقاقات الإعاقة، أو خطاب أو بيان استحقاقات التقاعد، أو أمر المحكمة الخاص بنفقة الطفل، أو خطاب من وكالة حكومية.

إثبات فقدان الدخل: يرجى تقديم أي من المستندات المنطبقة التالية: إندارات أو خطابات الفصل من العمل، أو الإجازة، أو الإنهاء غير الطوعي من صاحب العمل، أو أي مستندات أخرى من صاحب العمل تُثبت فقدان الدخل بالنسبة للعاملين المستقلين، يتم تقديم نسخ مطبوعة بجميع المبالغ التي دفعها صاحب العمل المستقل إلى العامل في الفترة من 1 مارس 2020 إلى 30 أبريل 2020. إذا لم يتوفر أي من هذه المستندات، فسوف نتصل بصاحب العمل للتحقق منه.

أشهد بأن المعلومات الواردة في هذه الوثيقة صحيحة وكاملة وأن أي تحريف للدخل أو لحجم الأسرة المذكورين في هذه الوثيقة سيؤدي إلى الاستبعاد من البرنامج. كما إنني أدرك أن هذه المعلومات يجب استخدامها فقط لتحديد الأهلية الأولية للحصول على المساعدة الإجارية ولا تمثل بأي حالٍ من الأحوال إلزامًا لي أو لمدينة الإسكندرية.

الاسم / Name

التوقيع / Signature

التاريخ / Date

The Government Data Collection and Dissemination Practices Act ("GDCDPA") requires that:

A. Any agency maintaining personal information shall:

1. Inform an individual who is asked to supply personal information about himself whether he is legally required, or may refuse, to supply the information requested, and also of any specific consequences that are known to the agency of providing or not providing the information.
2. Give notice to a data subject of the possible dissemination of part or all of this information to another agency, nongovernmental organization or system not having regular access authority, and indicate the use for which it is intended, and the specific consequences for the individual, which are known to the agency, of providing or not providing the information.

يتطلب قانون جمع البيانات وممارسات نشرها من قبل الهيئات الحكومية ("GDCDPA") ما يلي:  
أ. على كل هيئة تحتفظ بمعلومات شخصية:

1. إعلام أي فرد يُطلب منه تقديم معلومات شخصية عن نفسه بما إذا كان القانون يُلزمه بتقديم هذه المعلومات أم يجوز له رفض تقديمها، وإعلامه أيضاً بأي تبعات معينة، معروفة للهيئة، مترتبة على تقديم المعلومات أو عدم تقديمها.
2. إرسال إخطار إلى صاحب البيانات بإمكانية نشر جزء من المعلومات أو نشرها كلها إلى هيئة أخرى، أو منظمة غير حكومية، أو نظام آخر، لا يمتلك سلطة الاطلاع بشكلٍ منتظم على هذه البيانات، واذكر الغرض الذي من المقرر استخدامها من أجله، والتبعات المعينة، المعروفة للهيئة، المترتبة على تقديم الفرد لهذه المعلومات أو عدم تقديمه لها.

# شهادة الأصول

COVID-19 مساعدة إيجارية طارئة جزاء  
برنامج المساعدات

Office of Housing

421 King St., Ste. 215  
Alexandria, Virginia 22314  
703.746.4990  
alexandriava.gov/housing



إكمال نموذج واحد فقط لكل أسرة؛ مع ذكر أصول الأطفال

مقدم الطلب / المستأجر	
العنوان ورقم الوحدة	
إكمال 1 أو 2.	
1. [ ] لا تمتلك أي أصول في هذا الوقت (انتقل إلى رقم)	
2. [ ] أمتلك/نمتلك أصولاً كما يلي:	
النقد المتاح	الفائدة / دخل الأرباح
متوسط رصيد الحساب المصرفي خلال 6 أشهر	الفائدة / دخل الأرباح
الأسهم المملوكة في العقارات	الفائدة / دخل الأرباح
إجمالي المبالغ المستلمة	الفائدة / دخل الأرباح
	دخل الإيجار
	أي القرعة/الميراث/التأمين/الدعوى
<ul style="list-style-type: none"><li>• في جميع الأصول، اذكر القيمة النقدية التي هي القيمة السوقية مطروحاً منها تكلفة تحويل الأصل إلى نقد مثل رسوم الوسيط، وتكاليف التسوية، والقروض غير المسددة، وغرامات السحب المبكر، إلخ.</li><li>• لا تذكر إلا المبالغ المتاحة التي يستطيع أفراد الأسرة الحصول عليها. على سبيل المثال، لا تذكر أرصدة حسابات المعاش أو حسابات التقاعد التي لا يمكن الحصول عليها دون إنهاء العمل</li><li>• لا تذكر الممتلكات الشخصية الأساسية مثل الملابس، والأثاث، وأجهزة التلفزيون، وغيرها.</li><li>• اذكر أي ممتلكات شخصية محتفظ بها كاستثمار مثل الأعمال الفنية، والسيارات العتيقة، ومقتنيات العملات المعدنية، والمجوهرات، إلخ.</li><li>• أجب عن جميع العناصر. إذا لم يكن لديك نوع معين من الأصول، اكتب "لا ينطبق".</li></ul>	
3. إجمالي صافي أصول الأسر المذكورة أعلاه أقل من \$?????.	
4. إجمالي الدخل السنوي من جميع الأصول هو: _	
نعم/لا	
بموجب عقوبة الحنث باليمين، أقر بأن المعلومات الواردة في هذه الشهادة صحيحة ودقيقة في حدود علمي. كما يعي الموقع أدناه أن تقديم إقرار كاذب في هذه الوثيقة يُشكّل عملاً من أعمال الاحتيال. تؤدي المعلومات الزائفة، أو المضللة، أو غير الكاملة إلى إنهاء عقد الإيجار.	
توقيع المستأجر	التاريخ
توقيع المستأجر	التاريخ
توقيع المستأجر	التاريخ
 	

# تصريح للعميل

مساعدة إجارية طارئة جِراء COVID-19  
برنامج المساعدات

Office of Housing  
421 King St., Ste. 215  
Alexandria, Virginia 22314  
703.746.4990  
Alexandriava.gov/housing



إنني أدرك أن هناك هيئات عديدة تقدم خدماتٍ ومزايا مختلفةً. وأن كل هيئةٍ ينبغي أن يتوفر بحوزتها معلومات محددة لتقديم تلك الخدمات والمزايا. وإنني، بتوقيعي على هذا النموذج، أسمح للهيئات باستخدام معلومات محددة عني وتبادلها، ومنها المعلومات المتوفرة في قاعدة بيانات إلكترونية؛ ليتمكني لها بسهولة العمل معاً بفعالية لتقديم تلك الخدمات أو المزايا أو لتنسيق تقديمها. أنا

، المُوقِّع على هذا النموذج

(الاسم الكامل بخط اليد للشخص الموافق أو الأشخاص الموافقین) (اسم العميل بالكامل بخط اليد)

معلومات العميل	
العنوان	
تاريخ الميلاد	
علاقتي بالشخص هي	ذاتي أنا
	توكيل رسمي
	أحد الوالدين
	ممثل آخر مرخص له قانوناً
	وصي

أرغب في تبادل المعلومات السرية التالية عن الشخص:

نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معلومات التقييم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التشخيص الطبي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المعلومات المالية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشخيص الصحة العقلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المزايا، أو الخدمات، أو كليهما مما يحتاج إليه العميل، أو يتلقاه، أو يُخطَّط لتقديمه له، أو كل ذلك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السجلات الطبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سجلات تعاطي المخدرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سجلات الحالة النفسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أخرى (يرجى تدوينها)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سجلات التوظيف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جميع ما سبق

إنني أسمح للكيان Office of Housing والكيانات الآتي ذكرها باستخدام هذه المعلومات وتبادلها فيما بينها:

نعم	لا	الكيان	الكيان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alexandria City Public Schools	ADCHS, Center for Adult Services
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alexandria Court Service Unit	ADCHS Center for Children and Families, Child Welfare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alexandria Health Department	ADCHS Center for Children and Families, Child Behavioral Health
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alexandria Police Department	ADCHS Center for Children and Families, Domestic Violence/Sexual Assault
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Family Assessment & Planning Team	ADCHS, Center for Economic Support
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospital	Alexandria Redevelopment and Housing Authority (ARHA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Landlord/Property Manager	Alexandria Emergency Financial Providers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Local Health Department	أخرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physician	

أريد تبادل هذه المعلومات فقط من أجل أغراض الأهلية ويمكن مشاركة المعلومات بالوسائل التالية (حدّد كل ما ينطبق): مكتوباً في الاجتماعات أو عبر الهاتف ببيانات محوسبة بالفاكس

هذا التفويض ساري \_\_\_\_\_ وهو مستمر حتى:  حالة الخدمة الخاصة بي مغلقة.  أخرى: \_\_\_\_\_

يمكنني سحب هذا التفويض في أي وقت عن طريق إبلاغ هيئة الإحالة. يجب أن تتوقف الهيئات المذكورة عن مشاركة المعلومات بمجرد علمها بسحب تصريحتي. يحق لي معرفة المعلومات المتعلقة بي التي تتم مشاركتها، والسبب في مشاركتها، ومتى تمت مشاركتها، ومع من تتم مشاركتها. ستبادر كل هيئة بعرض هذه المعلومات علي، إذا طلبت ذلك. أريد من كل الهيئات قبول نسخة من هذا النموذج بوصفه موافقةً صالحةً متى بمشاركة المعلومات. إذا لم أوقع على هذا النموذج، فإنه لن تتم مشاركة المعلومات وسيجب عليّ حينها الاتصال بكل هيئة علي جده لتزويدها بالمعلومات التي تحتاجها عني. ومع ذلك، إنني أدرك أن العلاج والخدمات لا يمكن أن تكون مشروطة بتوقيعي على هذا التصريح. من المحتمل أن تتعرض المعلومات التي يتم الكشف عنها بموجب هذا التصريح إلى إعادة كشفها من قِبل المستلم وألا تخضع إلى قاعدة الخصوصية الواردة في قانون HIPAA.

التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع (التوقيعات): \_\_\_\_\_  
(اسم الشخص أو الأشخاص مانحي التصريح)

الشخص المسؤول عن توضيح هذا النموذج	الشاهد، إذا كان ذلك مطلوباً
الاسم الأول	التوقيع
هاتف العنوان	العنوان
رقم الهاتف	رقم الهاتف

أدرك أنه يحق لي إلغاء هذا التصريح في أي وقت عن طريق الإخطار كتابياً. لن ينطبق الإلغاء على السجلات التي سبق تقديمها اعتماداً على هذا التصريح. أدرك أن أي كشف للمعلومات يحمل معه احتمال لإعادة الكشف غير المصرح به وأن هذه المعلومات قد لا تكون محمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية. أدرك أن الموافقة تمتد إلى المعلومات التي تُوضع في سجل المستهلك بعد تقديم الموافقة ولكن قبل أن تنتهي صلاحيتها. إنني أدرك أن بعض السجلات تكون محمية بموجب اللوائح الاتحادية لحماية سرية المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحول (42 مدونة اللوائح الاتحادية، الجزء 2). إذا كانت هذه السجلات محمية بموجب 42 مدونة اللوائح الاتحادية، الجزء 2، يُحظر على المستلم القيام بأي عمليات كشف أخرى عن هذه المعلومات ما لم يكن مسموحاً به صراحةً بموجب تصريح مكتوبٍ مني، باستثناء ما تسمح به اللوائح.

التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع (التوقيعات): \_\_\_\_\_  
(اسم الشخص أو الأشخاص مانحي التصريح)

لاستخدام المكتب فقط

	تاريخ الاستلام		تم الإلغاء جزئياً	تم الإلغاء كلياً	التصريح
	تم الاستلام بمعرفة		عبر الهاتف	كتابة	الإخطار

