

Verificación de alquiler por reubicación

N.º de solicitud de CalVCB: _____

Instrucciones: El propietario/arrendador o administrador del apartamento debe completar este formulario y enviarlo junto con el contrato de arrendamiento (si está disponible).

Información sobre el arrendamiento

Yo, el propietario/arrendador o administrador del apartamento, _____, acepto alquilar:

Escriba **en letra de imprenta** el nombre del propietario/arrendador o admr. del apto.

Marque una opción: Residencia Habitación* Complejo de apartamentos

*Si alquila una habitación, adjunte una factura de servicios públicos actual del arrendador donde se muestre la dirección de la residencia.

Nombre del complejo de apartamentos (si corresponde): _____

Nombre del arrendatario: _____ A partir de (mes/día/año): _____

Dirección de la residencia de alquiler: _____

Dirección postal
Ciudad
Estado
Código postal

¿El arrendatario es un familiar o un amigo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El arrendatario forma parte del Programa de Vales para Vivienda (Housing Voucher Program)? <small>(Si la respuesta es "sí", envíe el comprobante del vale para vivienda).</small>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El arrendatario se ha mudado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Solicitud de compensación

Alquiler mensual: \$ _____ Monto **PAGADO** por el arrendatario: \$ _____

Depósito: \$ _____ cheque giro postal efectivo
(si corresponde) (Adjunte una copia del recibo)

Total: \$ _____ Saldo **ADEUDADO** al \$ _____
(Monto requerido para mudarse) arrendador: (si corresponde)

Nombre del propietario, arrendador o administrador del apartamento

Nombre del propietario, arrendador o administrador del apartamento (beneficiario): _____
Escriba **en letra de imprenta** el nombre del propietario/arrendador o admr. del apto.

Dirección: _____

Dirección postal
Ciudad
Estado
Código postal

N.º de teléfono: _____ N.º de id. tributaria o N.º de Seguridad Social: _____

Obligatorio
Obligatorio

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de California que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. También comprendo que, si he proporcionado información falsa, intencionadamente incompleta o engañosa, puedo quedar sujeto a multas o encarcelamiento.

Su firma confirma que ha leído y que está de acuerdo con la declaración anterior.

X		
Firma del arrendador o administrador del apartamento	Nombre en letra de imprenta	Fecha

Nota importante para el propietario, arrendador o administrador del apartamento:

Si solicita que el pago se le envíe directamente a usted, deberá enviar el formulario "W-9 adjunto (también incluido en el sitio web www.victims.ca.gov) junto con el contrato de alquiler antes de que la Junta de Compensación de Víctimas de California (California Victim Compensation Board, CalVCB) emita el pago. Envíe los formularios completos a la dirección que se muestra abajo, o bien, puede enviarlos al arrendatario para que este los envíe a CalVCB. Recibirá un formulario 1099 para sus registros fiscales. El saldo del depósito de garantía restante deberá devolverse a CalVCB una vez finalizado el contrato de alquiler. El cheque debe enviarse a CalVCB Accounting, PO Box 1348, Sacramento CA 95812-1348, indique en el cheque "RELOCATION REFUND" (Reembolso por reubicación), el nombre completo del arrendatario y la identificación de la solicitud.



Aviso de privacidad sobre la recopilación

1. CalVCB recopila esta información sobre la base de las secciones 13952 y siguientes y 13954 del Código del Gobierno de California.
2. Toda la información recopilada en este sitio está sujeta, sin carácter restrictivo, a la Ley de Prácticas de Información. Consulte <http://victims.ca.gov/media/pra.aspx>.
3. Esta información se recopila con el propósito de determinar la elegibilidad para compensación.
4. CalVCB puede revelar su información personal a otro solicitante, solo si está obligada a hacerlo por ley o de buena fe porque dicha acción es necesaria para:
 - a. cumplir con los edictos de la ley o con el proceso legal cursado en CalVCB o el sitio;
 - b. proteger y defender los derechos o la propiedad de CalVCB, y
 - c. actuar en circunstancias apremiantes para proteger la seguridad personal de los usuarios de CalVCB o del público.
5. Los individuos deben proporcionar únicamente la información solicitada.
6. La información solicitada es obligatoria.
7. Las consecuencias de no proporcionar la información solicitada podrían incluir la denegación de su solicitud.
8. Usted tiene derecho a acceder a los registros que contienen la información personal que proporcionó.
9. La información recopilada es utilizada por la Junta de Compensación de Víctimas de California.
10. Si tiene alguna pregunta acerca de la información recopilada, escriba a la siguiente dirección: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, correo electrónico info@victims.ca.gov, llame al (800) 777-9229, o póngase en contacto con el coordinador de privacidad de CalVCB escribiendo a InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov.
11. Para obtener información adicional acerca de la privacidad, consulte el Aviso de privacidad de CalVCB. Consulte <http://victims.ca.gov/privacy.aspx>.
12. Para obtener información acerca de la información al consumidor sobre seguridad, visite <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.