Программа компенсаций для потерпевших штата Калифорния
(California Victim Compensation Program)

Подтверждение смены места аренды жилья (Relocation Rental Verification)

Заявление CalVCP №: APP ID

Инструкции: данная форма должна быть заполнена домовладельцем / арендодателем или администратором и подана вместе с договором об аренде (при его наличии).

Информация об условиях аренды

Я, домовладелец / арендодатель или администратор, _____, соглашаюсь сдать в аренду:
Пожалуйста впишите **печатными буквами** имя домовладельца / арендодателя или администратора

Выберите один вариант: ☐ Частный дом ☐ Комната* ☐ Квартира

*В случае съема комнаты необходимо прикрепить информационное письмо от арендодателя с адресом дома, в котором она находится.

Название многоквартирного комплекса (если применимо): _____

Имя арендатора: _____ Начиная с (месяц / день / год): _____

Адрес дома, в котором снимается помещение: _____
Улица, дом Город Штат Почтовый индекс

Является ли арендатор членом семьи или другом?	☐ Да	☐ Нет
Является ли арендатор участником программы ваучеров на жилье (Housing Voucher Program)? (Если да, прикрепите справку о ваучере на жилье)	☐ Да	☐ Нет
Арендатор уже въехал в арендуемое помещение?	☐ Да	☐ Нет

Запрос компенсации

Ежемесячная аренда: $ _____ Сумма, **выплаченная** арендатором: $ _____

Задаток: $ _____ ☐ чек ☐ денежный перевод ☐ наличные средства
(если данное условие применимо) (Прикрепите копию квитанции)

Всего: $ _____ Сумма, **подлежащая выплате** арендодателю: $ _____
(Сумма, необходимая для въезда в арендуемое помещение) (если данное условие применимо)

Имя домовладельца, арендодателя или администратора

Имя домовладельца, арендодателя или администратора (получателя платежа): _____
Пожалуйста впишите **печатными буквами** имя домовладельца / арендодателя или администратора

Адрес: _____
Улица, номер дома Город Штат Почтовый индекс

Номер телефона: _____ **Обязательно**

Идентификационный номер налогоплательщика (Tax I.D.) или номер социального обеспечения (Social Security No.): _____ **Обязательно**

Понимая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений в соответствии с законами штата Калифорния, я заявляю, что насколько мне известно предоставленная мной информация правдива, правильна и полна. Кроме того, я понимаю, что в случае предоставления мной неверной, намеренно неполной или ложной информации мне может грозить штраф и / или тюремное заключение. Оставшаяся часть баланса обеспечительного депозита должна быть возвращена CalVCB по прекращении договора об аренде. Поставив свою подпись ниже, я признаю, что полностью понимаю и согласен, что оставшаяся часть баланса обеспечительного депозита будет возвращена CalVCB по прекращении договора об аренде.*

X		
Подпись арендодателя или администратора	Имя и фамилия печатными буквами	Дата

Важное примечание для домовладельца / арендодателя или администратора:

Если вы хотите, чтобы платеж направлялся вам напрямую, необходимо подать прикрепленную форму *W-9 (также можно найти на веб-сайте www.victims.ca.gov) вместе с договором об аренде до того, как CalVCP даст согласие на внесение платежа. Отправляйте заполненные формы на адрес, приведенный ниже, или отдайте их арендатору, который подаст их в CalVCP. Вы получите форму 1099 для своей налоговой документации.
Оставшуюся сумму залогового взноса необходимо вернуть CalVCP после прекращения действия договора об аренде. Чек оставшийся обеспечительный депозит по компенсациям для потерпевших и вопросам государственных притязаний (VCGCB Accounting) по адресу PO Box 1348, Sacramento CA 95812-1348. На чеке укажите «КОМПЕНСАЦИЯ ЗА СМЕНУ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА» (RELOCATION REFUND), имя и фамилию арендатора, а также номер заявления.