Junta de Compensación de Víctimas de California

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?	☐ Sí	☐ No
¿El arrendatario forma parte del Programa de Vales para Vivienda (Housing Voucher Program)? (Si la respuesta es "sí", envíe el comprobante del vale para vivienda).	☐ Sí	☐ No
¿El arrendatario se ha mudado?	☐ Sí	☐ 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 arrendador: (si corresponde) $ _____
(Monto requerido para mudarse)

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.
El saldo restante del depósito de seguridad debe devolverse a CalVCB una vez finalizado el contrato de alquiler. Al firmar a continuación, reconozco que comprendo completamente y acepto que el saldo restante del depósito de seguridad se devolverá a CalVCB al finalizar el contrato de alquiler. *

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 restante del depósito de seguridad 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.