



City of Miami
Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)
HOUSING ASSISTANCE WAITLIST APPLICATION PACKAGE

FORM
A1

The City of Miami HOPWA Program is opening the Housing Assistance Waitlist for its *Tenant-Based Rental Assistance (TBRA) Program*. The order of the HOPWA Waitlist will be determined through a random computer lottery system. If you have been diagnosed with AIDS and are low income, you may be eligible for placement on the HOPWA Waitlist.

The HOPWA Housing Programs provide subsidized housing to low income persons/households, as defined each year by the federal US Department of Housing & Urban Development (HUD), with an HIV/AIDS diagnosis. The goal of the HOPWA Program is to assist program participants living with HIV/AIDS in achieving and maintaining housing stability so as to avoid homelessness and improve their access to, and engagement in, HIV/AIDS treatment and care.

The TBRA program allows participants to select their own market rental housing (qualifying standards apply) within the limits of *Miami-Dade County*. Program participants must pay a portion of the rent, usually 30% of their adjusted monthly household income. The TBRA Program pays the difference. Participants' overall eligibility will be verified on an annual basis.

WHO IS ELIGIBLE? -- You and your family are eligible IF (1) you have received an AIDS medical diagnosis, (2) you are low income (as defined by HUD) as noted in the chart below and (3) you meet the documentation requirements of citizenship or immigration status.

You may apply as an individual or as a family. A family is a household composed of two (2) or more related persons with at least one person diagnosed with AIDS. Persons in a family may be related by ties of blood, marriage, or other legal sanctions or deemed to be important to the care or well-being of the household member with AIDS. Any individual or family who submits more than one application will be disqualified.

Current Income Limits for the HOPWA Program (80% AMI as Defined by HUD)								
Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8
Maximum Income (80% of Area Median Income)	\$47,450	\$54,200	\$61,000	\$67,750	\$73,200	\$78,600	\$84,050	\$89,450

HOW DO I APPLY? -- The Waitlist Application Package to be submitted is made up of two forms. You must:

- (1) Fill out and sign a HOPWA 2020 Waitlist Application Form (Form A2); and
- (2) Have your physician fill out and sign a Medical Verification of AIDS Diagnosis form (Form A3).

MAILING YOUR APPLICATION -- You must then submit **BOTH** forms together to **Apple Tree Perspectives, Inc., P.O. Box 381665, Miami, Florida 33238** by the application deadline. Applications will **ONLY** be accepted **if mailed via the U.S. Postal Service**. Applications shall only be submitted via Regular mail or Certified Mail. Do NOT submit your application with a Domestic Return Receipt requiring a signature.

WHERE CAN I FIND THE APPLICATION FORMS? -- The HOPWA Program Waitlist Application Package can be picked up at: the Miami-Dade County Public Main Library, 101 West Flagler ST, Miami, FL or the City of Miami HOPWA Program office, 14 NE 1st Avenue, 2nd Floor, Miami, FL 33132. Applications can also be downloaded from <http://www.aidsnet.org>

APPLICATION PERIOD -- The application period will start on **February 10, 2020 and will end on February 21, 2020**. All Applications must be postmarked by **FEBRUARY 21, 2020** to be considered for the Waitlist Lottery.

HOW WILL APPLICANTS BE SELECTED FOR THE WAITLIST? -- A random lottery process will be utilized to select applicants for placement on the HOPWA Program Waitlist. Only those Application Packages postmarked by the February 21, 2020 deadline will be placed into the lottery pool for the random drawing.

The independent consulting firm, **Apple Tree Perspectives, Inc.**, is responsible for management of the applications upon delivery. The City of Miami conducts the random lottery and produces the final HOPWA Program Waitlist. Once placed on the HOPWA Program Waitlist, the applicant's AIDS diagnosis and household income will be independently verified when the applicant's waitlist number comes to the top of the Waitlist.



City of Miami
Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)
SOLICITUD - LISTA DE ESPERA PARA ASISTENCIA DE VIVIENDA

FORM
A1

La Ciudad de Miami está abriendo una Lista de Espera para asistencia con la renta a través del Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con VIH/SIDA (HOPWA, por sus siglas en inglés) que incluye el Programa de Asistencia para el Inquilino (TBRA, en inglés). Si a usted le diagnosticaron SIDA y sus ingresos son bajos, puede ser elegible para aplicar a la Lista de Espera del Programa de Asistencia para el Inquilino HOPWA.

Este programa otorga subsidios hacia la renta de viviendas dentro de los límites del Condado Miami-Dade para personas de bajos ingresos (definido anualmente por el Departamento federal de Vivienda y Desarrollo Urbano conocido como HUD, por sus siglas en inglés) diagnosticadas clínicamente con SIDA y a sus familias. HOPWA tiene como objetivo ayudar a los participantes de dicho programa a conseguir y mantener estabilidad habitacional para evitar el problema de la falta de vivienda y mejorar su acceso a tratamientos y atención médica para el SIDA.

El Programa permite que sus participantes escojan sus propias viviendas (bajo las normas de calificación para estas) para rentar dentro de unas normas de renta. Los participantes del programa deben pagar una parte de la renta, que normalmente es el 30% de su ingreso familiar. El Programa TBRA paga el resto. La elegibilidad de los participantes según sus ingresos es certificada anualmente.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE? -- Usted y su familia son elegibles si: (1) usted recibió un diagnóstico médico de SIDA, (2) usted (y su familia) califican como de bajos ingresos (tal como lo define HUD en la gráfica siguiente) y (3) usted cumple los requisitos de documentación de condición de ciudadanía o inmigración.

Podrá solicitar la ayuda de manera individual o como familia. Una familia es un hogar compuesto de dos (2) o más personas relacionadas con al menos una persona a la que se le haya diagnosticado SIDA. Las personas de la familia pueden estar relacionadas por vínculo de sangre, matrimonio u otra autorización legal o considerarse importantes para el cuidado o el bienestar del miembro de dicho hogar que tenga SIDA. La persona o familia que presente más de una aplicación, será descalificada.

Límites de Ingresos vigente para el Programa HOPWA (80% del promedio del área, definido por HUD)								
No. de Integrantes en la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso Máximo (80% del promedio del área)	\$47,450	\$54,200	\$61,000	\$67,750	\$73,200	\$78,600	\$84,050	\$89,450

¿CÓMO SOLICITO LA AYUDA? -- El Paquete de solicitud que debe presentarse consta de dos formularios. Las personas interesadas deben:

- (1) completar y firmar un formulario de Solicitud de lista de espera de HOPWA 2020 (Form A2), y
- (2) pedirle a su médico que complete y firme un formulario de Verificación médica de diagnóstico de SIDA (Form A3).

MANDENOS SU SOLICITUD POR CORREO POSTAL -- Luego deberá enviar estos dos formularios juntos a **Apple Tree Perspectives, Inc., P.O. Box 381665, Miami, Florida 33238** antes del cierre del período de aplicación. Las solicitudes sólo se aceptarán si son enviadas utilizando los servicios del correo postal (US Postal Service, en inglés). Las solicitudes sólo deberán de ser enviadas por correo regular o certificado. NO envíe solicitudes con recibo de retorno que requieran una firma.

¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR LOS FORMULARIOS DE SOLICITUD? -- Los Paquetes de Solicitud pueden obtenerse en los siguientes lugares: Biblioteca Central del Condado de Miami-Dade ubicada en la 101 West Flagler ST, Miami, FL o en la oficina del Departamento de Viviendas y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Miami ubicada en 14 NE 1st Avenida, 2nd Piso, Miami, FL 33132. Las solicitudes también podrán descargarse de <http://www.aidsnet.org>

¿CUAL ES EL PERIODO DE APLICACIONES? -- El periodo de aplicación comienza el **10 de Febrero del 2020 y corre hasta el 21 de febrero del 2020**. La fecha de matasellos de los Paquetes de Solicitud no debe ser posterior al **21 de FEBRERO del 2020** para que dichos paquetes puedan ser considerados para el Sorteo de la Lista de Espera.

¿CÓMO SE SELECCIONARÁN LOS SOLICITANTES PARA LA LISTA DE ESPERA? -- Se utilizará un proceso de sorteo al azar para seleccionar los solicitantes que integrarán la Lista de Espera de HOPWA. Sólo podrán participar del sorteo al azar los paquetes de solicitud cuyos matasellos no tengan una fecha posterior al 21 de febrero del 2020. **Apple Tree Perspectives, Inc.**, una empresa independiente de consultoría, será responsable de administrar las solicitudes a medida que las vayan recibiendo. La Ciudad de Miami llevará a cabo el sorteo al azar y producirá la lista de espera final. Una vez que los solicitantes hayan sido seleccionados para esta lista de espera, el diagnóstico de SIDA e ingresos familiares serán verificados cuando el solicitante sea llamado siguiendo el orden de la lista de espera.



City of Miami
Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)
TBRA Program Waitlist Application – 2020

FORM
A2

Programa TBRA - Solicitud para la Lista de Espera - 2020

Name (Nombre): _____ SSN No.: _____

Address (Dirección): _____ Apt No.: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código Postal): _____

Email Address (Correo Electrónico): _____

Phone # (Teléfono #): _____ Alternative Phone #
 (Número de Teléfono Alterno): _____

You and your family are eligible IF (1) you have received an **AIDS** medical diagnosis (not HIV), (2) you are low income (as defined by HUD) and noted in the chart below and (3) you meet the documentation requirements of citizenship or legal immigration status. *Usted y su familia son elegible si usted: (1) ha recibido un diagnóstico de SIDA (no VIH+), (2) es de bajos ingresos (tal como lo define HUD) e indicado en la gráfica debajo; (3) cumple con los requisitos de ciudadanía o estatus de inmigración legal.*

Current Income Limits for the HOPWA Program (Límites de Ingresos vigente del programa HOPWA)								
Household Size (No. de Integrantes en su Familia)	1	2	3	4	5	6	7	8
Maximum Income (Ingreso Máximo) (80% of Area Median Income) (80% del promedio del área)	\$47,450	\$54,200	\$61,000	\$67,750	\$73,200	\$78,600	\$84,050	\$89,450

Annual Combined Household Income for **ALL** household members:
(Ingresos Anuales Combinados de TODOS los miembros del hogar)

In the following chart, please write down the household composition (Including yourself). *(En la siguiente tabla, escriba la composición familiar de su hogar (incluyéndose a Ud.))*

No.	Name (Nombre)	Relationship (Relación)	Last 6-digits SSN (Ultimos 6-dígitos del SSN)	Age (Edad)	HIV/AIDS Status Y / N	Race (Raza)	Hispanic Y / N
1		SELF (Solicitante)					
2							
3							
4							
5							
6							

ADDITIONAL CONTACT INFORMATION -- I authorize the program to contact the following individuals in case of an emergency or for receiving program notices and communication in the event that the program has difficulty locating me.

INFORMACION DE CONTACTO ADICIONAL -- Yo autorizo al programa a contactar a las siguientes personas en caso de una emergencia o para recibir avisos del programa y/o comunicación en caso de que el programa tenga dificultades para localizarme.

Name (Nombre): _____ Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____ Address (Dirección): _____

Relationship (Relación): _____ Relationship (Relación): _____

Tel #: _____ Tel #: _____

Email: _____ Email: _____

If you need assistance filling out this application due to a disability, please call 305-416-1976, at least 5 days in advance of your desired date. TDD/TTY users may contact the Florida Relay Service at 711 or 800-955-8771. *Si Ud. necesita ayuda para llenar esta solicitud por una discapacidad, favor de llamar al 305-416-1976, por lo menos 5 días antes de la fecha en la cual Ud. desea ser asistido. Usuarios del sistema de TDD/TTY pueden llamar al 711 o al 877-955-8773.*



City of Miami
Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)

FORM
A2

CASE MANAGER INFORMATION -- I authorize the program to contact my case manager in the event that the program has difficulty locating me. **INFORMACIÓN SOBRE MI TRABAJADOR(A) SOCIAL** -- Yo autorizo que el programa se comunice con mi trabajador(a) social, en el evento que el programa tenga dificultades en localizarme.

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

Phone # (Teléfono #): _____

Email Address (Correo Electrónico): _____

CURRENT LIVING SITUATION – Select one of the choices below

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Homeless from the streets (Sin hogar en la calle) | <input type="checkbox"/> Transitional housing (Vivienda Temporal/transitoria) | <input type="checkbox"/> Living with relatives/friends (Viviendo con amistades/familiares) |
| <input type="checkbox"/> Homeless from emergency shelter (En un refugio para personas sin hogar) | <input type="checkbox"/> Psychiatric facility (Centro siquiátrico) | <input type="checkbox"/> Rental housing (Vivienda de renta) |
| <input type="checkbox"/> Substance Abuse treatment facility (Centro de tratamiento para el abuso de sustancias) | <input type="checkbox"/> Jail/Prison (Cárcel/Prisión) | <input type="checkbox"/> Participant-owned housing (Vivienda propia) |
| <input type="checkbox"/> Hospital or Other medical facility (Hospital u Otro centro medico) | <input type="checkbox"/> Domestic violence situation (Situación de violencia doméstica) | <input type="checkbox"/> Other (Otro) |

APPLICANT CERTIFICATION

- I, or at least one my household members , have AIDS as defined by the Centers of Disease Control (CDC) and have submitted, as part of my application, my physician’s independent medical verification of my AIDS status (Form A3). (YO, o al menos uno de los miembros de mi hogar, tengo SIDA según lo definido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y he presentado, como parte de mi solicitud, la verificación médica independiente sobre ese diagnóstico de mi médico (Form A3));
- I declare under penalty of perjury that I am a US citizen or that I have lawful legal status to reside in the United States. (YO declaro bajo pena de perjurio que soy ciudadano estadounidense o que tengo un estatus legal para residir en los Estados Unidos);
- I am currently NOT receiving any rental or utility assistance from any other local, state, or federal housing assistance program. (YO actualmente NO recibo ninguna asistencia de alquiler o servicios públicos de ningún otro programa de asistencia de vivienda local, estatal o federal);
- I certify that the information provided to determine my eligibility for assistance on this application is true and correct to the best of my knowledge. I, the applicant, further understand that any false information provided in connection with this application may be grounds for termination from the program. I hereby acknowledge that I am applying for assistance under a US HUD-funded program and that Title 18 Section 1001 of the United States Code states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department or agency of the United States. (YO certifico que la información proporcionada para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia a través de esta solicitud es verdadera y correcta, bajo lo que yo conozco y entiendo. Yo, el solicitante, entiendo además que cualquier información falsa proporcionada en relación con esta solicitud puede ser motivo de terminación del programa. Por la presente reconozco que estoy solicitando asistencia bajo un programa financiado por el departamento HUD de los Estados Unidos y que el Título 18 Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente a cualquier departamento u organismo de los Estados Unidos);
- I understand that HOPWA housing assistance is contingent upon the availability of HOPWA funds; (YO entiendo que la asistencia de vivienda de HOPWA depende de la disponibilidad de fondos HOPWA);
- I understand that submitting more than one (1) waitlist application under my name will automatically disqualify me from the TBRA program waitlist. (YO entiendo que enviar más de una (1) solicitud para la lista de espera del programa HOPWA TBRA, bajo mi nombre/hogar, automáticamente me descalificará del programa TBRA).

Signature of Applicant/Head of Household
Firma del Solicitante/Cabeza de Familia

Print Name
Nombre completo con letra de molde

Date
Fecha

OFFICE USE ONLY: Post Marked Date of Application: _____ Application No.: _____

Processor’s Initials: _____



City of Miami
Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)
MEDICAL VERIFICATION FORM
CONSENT FOR RELEASE & EXCHANGE OF INFORMATION

FORM
A3

I, _____, hereby agree to allow the City of Miami HOPWA Program and its contracted HOPWA Agencies to obtain information regarding my medical condition for the purpose of qualifying me for the Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA) Program. Such information may include HIV status, lab results, medical records and data regarding illnesses/opportunistic infections I have had. I understand that to be eligible for HOPWA assistance there must be medical evidence as defined by the Centers for Disease Control that I have AIDS.

Yo, _____, por la presente permito a la Ciudad de Miami, programa HOPWA y a agencias que trabajan con este programa bajo contrato con la ciudad, a obtener información sobre mi condición médica para calificarme para poder participar en este programa. Esta información puede incluir mi estatus de HIV, resultados de laboratorio, records médicos e información relacionada a mis enfermedades o infecciones oportunistas que he tenido. Yo entiendo que para ser elegible para recibir asistencia del programa HOPWA tiene que existir evidencia médica según lo definido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) que yo tengo SIDA.

This form **MUST** be submitted along with a Housing Assistance Waitlist Application available from February 10th to 21st, 2020. Este formulario **TIENE** que ser sometido junto a la Solicitud – Lista de Espera para Asistencia de Vivienda que estarán disponibles de 10 al 21 de Febrero, 2020.

 Signature of Client (*Firma del Cliente*)

 Date (*Fecha*)

 Client's Social Security Number (*Número de Seguro Social del Cliente*)

Dear Doctor:

The person named above is applying for assistance through our Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA) program. Please provide the information request below.

Does this client have AIDS?
 YES NO

Date of Initial AIDS Diagnosis: _____
 (as defined by the CDC)

Is the client HIV+?
 YES NO

Date of most recent HIV Test: _____

The Florida Fraud Law states that a person who knowingly aids and abets another person in obtaining aid or benefits under a state or federally funded assistance program by failing to disclose a material fact used in making a determination as to such a person's qualifications to receive aid or benefits, is guilty of a punishable crime.

I hereby certify that the above-name individual is my patient and that he/she has tested HIV+ or has AIDS as defined by the Centers for Disease Control (CDC). This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of such information without the specific written consent of the person to whom such information pertains, or as otherwise permitted by state law. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.

 Physician's Name (Print)

 Physician's Signature

 Clinic/Hospital/Healthcare Agency

 Medical FL License Number

 Telephone Number

 Fax Number