

**WESTCHESTER COUNTY EVICTION PREVENTION NETWORK
SCREENING FORM**

Welcome to The Westchester Eviction Prevention Network. To help us assess your eligibility for possible assistance, please provide us with the necessary information below.

GENERAL INFORMATION

Name		Date	
Email		Telephone #	
Date of Birth		Social Security Number (if available)	
Address		City	State Zip
Household Composition	Adults #	Children #	Apt size
Monthly Rent Amount		Move- In Date	
# of Months Owed		Amount Owed in Arrears	
Landlord		Landlord Telephone #	

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS

Yes

No

Have you previously spoken to any our staff or any other agency regarding your need?		
If yes, who? _____		
Did you receive a Landlord Demand Letter or Eviction Notice?		
Do you have Denial Letter from The Department of Social Services?		
Do you have a current lease?		
Are you currently Employed?		
Covid FINANCIAL Impact Have you had a decrease in income or an increase in expenses as a result of Covid-19?		

Please check ALL assistance you are applying for:
 Rent arrears Utility Arrears Short-term Rent Subsidy Moving Assistance Other: _____

Please briefly describe your hardship and what led to it:

If you are approved for assistance, how will you satisfy your monthly expense(s) moving forward?

FOR OFFICE USE ONLY

**WESTCHESTER COUNTY EVICTION PREVENTION NETWORK
SCREENING FORM**

Bienvenido/a a La Red de Prevención de Desalojo de Westchester. Para ayudarnos a evaluar su elegibilidad para una posible asistencia, favor de proporcionar la información necesaria a continuación.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre		Fecha	
Correo Electronico		Numero de Telefono	
Fecha de nacimiento		Numero de Social Security (si disponible)	
Dirección		Ciudad	Estado Zip
Numero de Personas en su Hogar	Adultos #	Niños #	Tamaño de apartamento
Renta mensual \$		Fecha de inicio del alquiler	
Numero de meses que se deben		Monto de renta que se debe \$	
Propietario		Teléfono # del Propietario	

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS **Sí** **No**

¿Ha hablado previamente con algún miembro de nuestra organización u otra agencia con respecto a su necesidad?		
En caso afirmativo, con quién/cual agencia? _____		
¿Recibió una carta de demanda del propietario o un aviso de desalojo?		
¿Tiene carta de no-aprobación del Departamento de Servicios Sociales?		
¿Tiene un contrato de arrendamiento actual?		
¿Está actualmente empleado?		
Impacto economico por COVID	¿Ha tenido una disminución de los ingresos o un aumento de los gastos como resultado de Covid-19?	

Por favor, marcar toda la asistencia que está solicitando:

Deuda de renta
 Deuda de utilidades
 Subsidio de renta de corto plazo
 Ayuda de mudanza

Otro: _____

Favor de describir brevemente su necesidad y lo que le llevó a ella:

Si usted es aprobado para la ayuda, ¿cómo satisfará sus gastos mensuales en el futuro?

FOR OFFICE USE ONLY