



Danbury Senior Center  
10 Elmwood Place  
Danbury, CT 06810  
203-797-4686  
Fax: 203-796-1645  
[www.danburyseniors.org](http://www.danburyseniors.org)  
[t.dasilva@danbury-ct.gov](mailto:t.dasilva@danbury-ct.gov)

# PROGRAMA DE DESCONTOS DE ALUGUEL (1º de abril a 18 de setembro)

**ATENÇÃO**

APLICAÇÕES E SUPORTE  
OS DOCUMENTOS SÓ SERÃO ACEITOS ENTRE  
1º DE ABRIL A 18 DE SETEMBRO DE 2026.

**Inscrições incompletas serão devolvidas**

*As inscrições preenchidas podem ser entregues, enviadas por e-mail, fax  
ou correio para o endereço acima.*

**Portuguese**

## **Desconto de Locatários para Idosos e Totalmente Deficientes**

A lei estadual fornece um programa de reembolso para locatários idosos ou totalmente incapacitados de Connecticut e cuja renda não excede certos limites.

Pessoas que alugam um apartamento ou quarto, ou moram em moradias cooperativas ou em uma casa móvel podem ser elegíveis para este programa.

O desconto dos locatários pode ser de até US\$ 900 para casais e US\$ 700 para solteiros. O valor do desconto dos locatários é baseado em uma escala de renda graduada e no valor dos pagamentos de aluguel e serviços públicos (excluindo telefone) feitos no ano civil anterior ao ano em que o locatário se aplica.

A inscrição pode ser feita entre 1º de abril e 30 de setembro.

### **Quem é elegível?**

**A renda máxima do Programa de Descontos dos Locatários de Connecticut para uma pessoa solteira se qualificar é de US\$ 46,300 ou US\$56,500 para casais. Além de atender aos critérios acima, os candidatos devem atender:**

1. Um requisito de residência estadual de um ano
2. Ter 65 anos ou mais ou menos de 65 anos e ser elegível para receber benefícios de invalidez da previdência social até 31 de dezembro de 2025.
3. Se você tiver 50 anos ou mais e for o cônjuge sobrevivente de um locatário que, no momento da morte do locatário, se qualificou e tinha direito ao desconto, você poderá se inscrever novamente.
4. Para serem elegíveis, os destinatários devem atender às qualificações.

## **Lista de verificação do programa de descontos dos locatários**

Formulários aceitáveis de documentos a serem anexados ao pedido de desconto de aluguel.

Forneça APENAS o que se aplica a você

**\*NÃO SERÃO ACEITOS:** recibos de pagamento, contas mensais, ordem de pagamento, contas de TV a cabo ou aluguel.

### **Identificação:**

- Documento de identidade/carteira de motorista o
- Passaporte

### **Se você não tem 65 anos, DEVE comprovar sua deficiência:**

- Carta de Prêmio de Deficiência

### **Comprovante de renda anual:**

- Declaração de imposto de renda de 2025 (obrigatória se apresentada)  
OU
- Previdência Social (Formulário 1099)
- SSI (Previdência Suplementar)
- Pensão
- Salários, Formulário W-2
- Outras receitas: (fundo fiduciário, juros, anuidade, dividendos) \_\_\_\_\_

### **Comprovante de aluguel: (Forneça um)**

- Impressão da empresa de administração de propriedades
- Documento de Verificação do Proprietário (ver anexo)
- SOMENTE CÓPIAS - Cheque de aluguel de 12 meses (somente 2025)

### **Utilidades:**

- Histórico de pagamentos de origem para 2025 (ligue para 1-800-286-2000)
- Histórico de pagamentos da Oil Company para 2025

- Inscrição assinada e preenchida

**APPLICATION FOR RENTER'S REBATE  
OF ELDERLY RENTERS AND TOTALLY DISABLED PERSONS**

M-35R

\_\_\_\_\_ RENTER

FILING PERIOD APRIL 1 - SEPTEMBER 30

1. NAME (Last)		(First)		(Middle Initial)		BIRTH DATE (Mo., Day, Yr)		SOCIAL SECURITY NO.	
2. SPOUSES NAME (Last)		(First)		(Middle Initial)		SPOUSE BIRTH DATE (Mo., Day, Yr)		SPOUSE SOCIAL SECURITY NO.	
3. PRESENT MAILING ADDRESS				CITY OR TOWN (Don't Abbreviate)		STATE		ZIP CODE	
4. RENTAL ADDRESS IN CT IF DIFFERENT THAN ABOVE				CITY OR TOWN		STATE		ZIP CODE	
5. FILING STATUS- CHECK ONLY ONE: <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> UNMARRIED <input type="checkbox"/> CIVIL UNION <input type="checkbox"/> SURVIVING SPOUSE (AGE 50 TO 69 PROOF REQUIRED) IF SPOUSE IS A RESIDENT OF A HEALTH CARE OR A NURSING HOME FACILITY IN CT AND ON NURSING HOME CHECK HERE: <input type="checkbox"/> TITLE XIX PROOF REQUIRED <span style="float:right">IF APPLICANT IS TOTALLY DISABLED CHECK HERE: <input type="checkbox"/></span>									
6. WHAT % OF RENT AND UTILITIES DO YOU PAY? (Husband and Wife are considered to be one (1) renter) _____ %									
7. TOTAL RENT AND UTILITIES ACTUALLY PAID BY APPLICANT/APPLICANTS \$ _____									
8. DID OR WILL YOU FILE A FEDERAL TAX RETURN FOR LAST YEAR? <input type="checkbox"/> YES (Attach Copy) <input type="checkbox"/> NO									
9. PUBLIC ASSISTANCE RECIPIENTS PLEASE NOTE: You may receive LESS than the TENTATIVE GRANT on line 20 below.									
10. DID YOU RENT IN CONNECTICUT FOR THE ENTIRE CALENDAR YEAR? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					11. IF THE ANSWER TO (10) IS "NO", ENTER DATES YOU RENTED: _____ Starting Mo, Yr Ending Mo, Yr				
APPLICANT'S AUTHORIZED AGENT'S AFFIDAVIT					<p><small>The applicant or authorized agent declares that the above statements are true and complete and claims tax relief under provisions of the Connecticut General Statutes. The property for which tax relief is claimed, is the permanent residence/dwelling of the applicant. If/She is not receiving State Elderly tax benefits under section 12-129b, section 12-170a, in any town, I grant permission to the Department of Social Services to release to the Office of Policy and Management information necessary to help determine my eligibility. The penalty for making a false affidavit is the refund of all credits in property taken and a fine of \$500.00 or imprisonment for one year, or both. Your signature signifies that this affidavit has been read and understood.</small></p>				
SIGNATURE OF APPLICANT OR AUTHORIZED AGENT					Date signed (Mo., Day, Yr)		APPLICANT'S OR AGENT'S PHONE NO.		AGENT'S RELATIONSHIP

**Sign Here**

# **Programa de Descontos do Locatário**

## **FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO**

(A preencher pelo senhorio)

Ligue para 203-797-4686 x2, Tamires DaSilva para mais perguntas

<b>NOMES E ENDEREÇOS DE INQUILINOS:</b>  (Incluir outros nomes em locação)	
<b>DURAÇÃO DA RESIDÊNCIA</b>	O inquilino morou no endereço listado durante os seguintes meses:  <input type="radio"/> Ano inteiro <input type="radio"/> Alguns meses (inclua meses ) _____
<b>ALUGUEL INQUILINO PAGO EM 2025</b>	\$ _____ mensal/anual (por favor, circule)
<b>UTILIDADES</b>	Os serviços públicos estão incluídos no aluguel? <b>SIM</b> <b>NÃO</b>  Se não estiver incluído, inclua o histórico de pagamentos da Eversource.
<b>PROPRIETARIO</b>	Nome: _____  Número de telefone: _____  Email: _____  Assinatura: _____
<b>CANDIDATO</b>	Assinatura: _____  Estou reconhecendo que todas as informações são verdadeiras e corretas. A penalidade por fazer uma declaração falsa é o reembolso de todos os créditos indevidamente tomados e uma multa de \$ 500.00 ou prisão por um ano ou ambos.

**Selecione uma ou mais categorias raciais:**

		<b># Hispanic or Latino</b>
1. White		
2. Black/African American		
3. Asian		
4. American Indian/Alaskan Native		
5. Native Hawaiian/Other Pacific Islander		
6. American Indian/Alaskan Native & White		
7. Asian & White		
8. Black/African American & White		
9. American Indian/Alaskan Native & Black/African American		
10. Other Multi-Racial		
<b>Totals</b>		

**Obrigado por participar da pesquisa! Esta pesquisa ajuda a arrecadar fundos para mais membros da equipe ajudarem no programa!**