



**AUTORIZACIÓN DE FIRMA**  
**Por Favor Escriba Claramente**

Si la persona que desea que firme toda la documentación relacionada con la Autoridad de Viviendas en su nombre es un representante de una agencia de defensa, deben poner el nombre y la dirección en el lugar apropiado. Si la persona autorizada es un amigo o miembro de la familia, debe incluir su información de contacto personal:

Nombre del inquilino: \_\_\_\_\_

Autorizo a la siguiente persona (“Persona Autorizada”) a actuar de mi parte:

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dé la razón del pedido:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo a la persona arriba mencionada para: (el inquilino debe poner sus iniciales)

\_\_\_\_\_ **Firmar documentos de mi parte.** Esto sólo se permite si la incapacidad del inquilino le impide firmar su propio nombre. La persona autorizada debe firmar su propia firma y luego escribir en letra de imprenta “de parte de [el nombre del inquilino] debajo”.

Este punto requiere la verificación del médico o psiquiatra. Por favor provea el nombre y la dirección del proveedor de asistencia médica o trabajador Social que pueda verificar la incapacidad en el espacio a continuación y la Autoridad de Viviendas se comunicará con esta persona directamente. Al firmar este formulario autorizo a que mi proveedor de asistencia médica o trabajador Social le dé a la Autoridad de Viviendas la información requerida sobre mi incapacidad.

Nombre del proveedor de asistencia médica o trabajador Social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Es mi responsabilidad comunicarme con la Persona Autorizada sobre las acciones que dicha persona haya tomado de mi parte. Comprendo que, a pesar de este acuerdo, debo cumplir con las responsabilidades a las que me obliga mi participación en el programa de la Sección 8. Comprendo que soy responsable de cumplir con todos los acuerdos firmados de mi parte por la Persona Autorizada. No hay nada en este acuerdo que me impida actuar de mi propia parte. Comprendo que yo puedo llamar a la Autoridad de Viviendas directamente y puedo responder directamente mi correspondencia. Este acuerdo no se vence a menos que yo notifique a la Autoridad de Viviendas que deseo cancelarlo. Este acuerdo no es válido a menos que la Autoridad de Viviendas lo apruebe firmando a continuación. Usted será notificado por la Autoridad de Viviendas de la aprobación, la negación, o la posición de este pedido dentro de treinta (30) días del recibo de este pedido.

\_\_\_\_\_  
Firma de inquilino

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona Autorizada (imprenta o a máquina)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aprobación de la Autoridad de Viviendas  
Departamento de Administración

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta, no deje de comunicarse con nosotros llamando al (831) 454-5955, de lunes a jueves, de 8:00 AM – 4:45 PM.

