



## SOLICITUD PARA AGREGAR NUEVOS MIEMBROS AL HOGAR

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES REQUERIDA PARA DETERMINAR LA POSIBLE CALIFICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE TODOS LOS POSIBLES NUEVOS MIEMBROS DEL HOGAR. COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA LA CALIFICACIÓN. LOS POSIBLES NUEVOS MIEMBROS DEL HOGAR NO PUEDEN MUDARSE A LA VIVIENDA POR LA QUE SE RECIBE AYUDA HASTA QUE USTED RECIBA NOTIFICACIÓN DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS QUE SE LE HA OTORGADO LA APROBACIÓN.

Nombre legal completo de la persona principal de la familia: \_\_\_\_\_

Nº de ident. del inquilino: \_\_\_\_\_

### I. NUEVOS MIEMBROS QUE PIDEN SER AGREGADOS AL HOGAR

Mencione **todas las personas** que desea agregar a su hogar. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario. Por favor note que el resto del formulario pide información sobre ingresos, bienes y gastos de estas personas que usted desea agregar.

A. <b>Adultos</b> (mayores de 18 años) Nombre legal completo como aparece en la tarjeta de Seguro Social <i>(Ejemplo: Sue Ann Smith)</i>	Fecha de nacimiento <i>(22/09/1970)</i>	Título del puesto/ Ocupación <i>(Enfermera)</i>	Relación con la persona principal de la familia <i>(Esposa)</i>	Número de Seguro Social <i>(123-45-6789)</i>	Porcentaje de tiempo que el <u>adulto</u> vivirá en la unidad <i>(100%)</i>
	/ /				%
	/ /				%
	/ /				%
	/ /				%
B. <b>Niños</b> (menores de 18 años) Nombre legal completo como aparece en la tarjeta de Seguro Social <i>(Ejemplo: John Matthew Smith)</i>	Fecha de nacimiento <i>(27/02/1998)</i>	Nombre / Dirección de la escuela o pre-escuela <i>(Harbor High, Santa Cruz)</i>	Relación con la persona principal de la familia <i>(Hijo)</i>	Número de Seguro Social <i>(123-45-6789)</i>	Porcentaje de tiempo que el <u>niño</u> vivirá en la unidad <i>(100%)</i>
	/ /			- -	%
	/ /			- -	%
	/ /			- -	%

**\* Por favor incluya una verificación de la relación entre la persona principal de la familia y el/los individuo(s) que pide agregar, incluyendo el certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, registro de compañero doméstico, verificación de la corte o del servicio social, o cualquier otra verificación pertinente de la relación de cada nuevo miembro con la persona principal del hogar.**

1. Cualquier posible nuevo miembro anteriormente nombrado, ¿ha usado en algún momento cualquier otro(s) nombre(s) o número(s) de Seguro Social que no sea el arriba provisto?  No  Sí (Si responde Sí, por favor explique):

## II. ANTECEDENTES CRIMINALES

Las reglamentaciones federales requieren que la Autoridad de Viviendas revise los antecedentes criminales de todos los solicitantes y prohíbe la admisión a algunos participantes en base a sus antecedentes criminales. **LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS REALIZARÁ UN CHEQUEO DE ANTECEDENTES CRIMINALES DE TODOS LOS SOLICITANTES Y OBTENER CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS CONSIDERE NECESARIA.**

2. ¿Ha debido cualquier posible nuevo miembro de su hogar registrarse como ofensor sexual?

No  Sí – Si responde Sí, por favor explique, incluyendo nombre, fecha y determinación: \_\_\_\_\_

---

3. ¿Ha sido cualquier posible nuevo miembro de su hogar desalojado de una vivienda por la que recibía ayuda federal, a causa de una ofensa relacionada a drogas en los últimos tres años?

No  Sí – Si responde Sí, explique, incluyendo nombre, fecha y determinación: \_\_\_\_\_

---

4. ¿Ha sido cualquier posible nuevo miembro de su hogar condenado por producir o manufacturar metanfetamina?

No  Sí – Si responde Sí, explique, incluyendo nombre, fecha y determinación: \_\_\_\_\_

---

**La Autoridad de Viviendas puede necesitar más información sobre sus antecedentes criminales y / o sobre su situación actual.**

5. Por favor adjunte los nombres y la información para contactar cualquier oficial de libertad bajo palabra, consejero u otra persona que pueda servirle de referencia y que pueda proveer información sobre usted. Además, por favor proporcione copias de la documentación de su puesta en libertad, cartas con referencia a su carácter escritas por oficiales de libertad bajo palabra o consejeros, copias de certificados de terminación del programa o cualquier documentación que pueda ayudarle a sustanciar la rehabilitación. **Si alguno de los posibles nuevos miembros del hogar tiene antecedentes criminales, la Autoridad de Viviendas evaluará toda la información que reciba antes de tomar una decisión. Por lo tanto, la información para contactar a los individuos arriba mencionados y / o la documentación de su puesta en libertad, las cartas de referencia a su carácter y otra documentación pueden influenciar la aceptación o denegación de su solicitud.**

### III. INGRESOS DEL HOGAR- TODOS LOS INGRESOS DEBEN COMUNICARSE

#### A. Ingresos por empleo

6. ¿Recibe CUALQUIER posible nuevo miembro del hogar en este formulario (mayor de 18 años) CUALQUIERA de los siguientes tipos de ingresos relacionados al empleo?

- Sí  No a. Ingresos por empleo (salario, pago por hora, comisiones, honorarios, propinas o bonos)  
 Sí  No b. Ingresos como trabajador independiente (contratista, negocio personal, trabajador por día, empleos diversos, etc.)  
 Sí  No c. Pago por despido (pago adicional dado a un empleado al ser despedido de su empleo)  
 Sí  No d. Pensión / Jubilación (de previo empleo, no contando el Seguro Social)

**Si respondió NO a todo lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 7.

**Si respondió SÍ a cualquiera de los puntos anteriores**, use el espacio a continuación para dar información sobre los ingresos de cada persona relacionados a empleo. Comunique todos los ingresos relacionados al empleo actual de cada adulto. Si cualquier adulto tiene más de un empleo (o tipo de ingresos relacionados a empleo) use los espacios adicionales que necesite. Si no está seguro de la dirección de la compañía en la que trabaja, búsquela en sus talones de cheques salariales. Si **trabaja independientemente**, use el espacio abajo provisto para dar información sobre sus clientes. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre del adulto	Nombre del patrón/ Dirección donde se pueda verificar el empleo (Si trabaja independientemente, mencione clientes)	Número de teléfono y de fax	Tipo de ingresos	Cantidad <u>en bruto</u>
<i>Ejemplo:</i> Susana	<i>Hospital Santa Cruz, 123 Main Street Ciudad, Estado, Código postal</i>	Teléfono: 555-1111 Fax: 555-2222	<input checked="" type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Pago por despido <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación	Por hora: \$10.00 Horas por semana: 25
		Teléfono: Fax:	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Pago por despido <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación	Por hora: _____ Horas por semana: _____
		Teléfono: Fax:	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Pago por despido <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación	Por hora: _____ Horas por semana: _____
		Teléfono: Fax:	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Pago por despido <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación	Por hora: _____ Horas por semana: _____

#### B. Alimony / Mantenimiento de cónyuge y Mantenimiento de hijos

7. ¿Recibe cualquier posible nuevo miembro del hogar, o tiene una orden de tribunales para recibir alimony / mantenimiento de cónyuge y / o dinero para el mantenimiento de los hijos / dejando de lado AFDC?  Sí  No

**Si respondió NO a cualquiera de lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 8.

**Si respondió SÍ**, use el espacio provisto a continuación para dar información sobre el dinero recibido o con orden para recibir como Alimony y/o para el mantenimiento de los hijos. Adjunte otras hojas si fuera necesario.

Persona que recibe el dinero	Nombre, dirección y condado del Departamento de Apoyo a la Familia u otra agencia	Beneficiario/ Número de participante	Tipo de ayuda	Cantidad <u>mensual</u> Ordenada	Cantidad <u>mensual</u> Recibida
			<input type="checkbox"/> Alimony / Mantenimiento de cónyuge <input type="checkbox"/> Mantenimiento de hijos	\$ _____ \$ _____	\$ _____ \$ _____

**C. Ingresos sin estar empleado**

**8.** ¿Recibe **CUALQUIER** posible nuevo miembro del hogar ingresos por Desempleo, Incapacidad, Seguro Social, Ingresos Suplementarios (SSI) Beneficios de veteranos o *Cash aid* / Bienestar Social (¿incluyendo CalWORKS, AFDC, - Ayuda a Familias con Niños Dependientes, TANF – Ayuda Provisoria para Familias Necesitadas, GA - Ayuda General, o Kin Gap?

Sí  No

**Si respondió NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 9.

**Si respondió SÍ**, dé la cantidad de los ingresos BRUTOS de ingresos sin estar empleados que reciben los posibles miembros del hogar POR MES de cada una de las fuentes mencionadas. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario. **Si un miembro del hogar no recibe uno o más de los tipos de ingresos mencionados, escriba “No” o “Ninguno” en el espacio provisto**

Persona recibiendo los ingresos	Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD) Desempleo (UIB)	Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD) Incapacidad	Beneficios de Seguro Social / SSB e Ingresos Suplementarios / SSI	Beneficios a Veteranos	Cash Aid / Bienestar Social (CalWORKS, AFDC, TANF, GA, KinGap)
<i>Ejemplo: Susana</i>	<i>No</i>	<i>\$685</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>\$380</i>

**9.** ¿Recibe **CUALQUIER** posible nuevo miembro de la familia una Compensación del Trabajador o pagos por un niño adoptado o en cuidado provisorio (*foster child*)?

Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 10.

**Si respondió SÍ**, use el espacio provisto a continuación para dar información sobre la Compensación del Trabajador o los ingresos por niño adoptado o en cuidado provisorio, de cada miembro de la familia. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Persona que recibe los ingresos	Tipo de ingreso	Nombre, dirección y condado de donde provienen los ingresos	Cantidad <b>Mensual</b> recibida
	<input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Cuidado provisorio / Adopción		\$_____
	<input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Cuidado provisorio / Adopción		\$_____

**10.** ¿Paga **cualquier** persona que no viva en su hogar cualquiera de las cuentas o gastos de cualquier posible nuevo miembro de su hogar, o le da a un posible miembro de su hogar dinero o cualquier contribución no-monetaria o regalos (como abarrotes, productos o servicios)?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 11.

**Si respondió SÍ**, use el espacio provisto a continuación para proveer información sobre las contribuciones recibidas. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Tipo de contribuciones o regalos recibidos	Nombre y dirección de la persona o agencia que contribuye	Número de teléfono	Cantidad o valor	Con qué frecuencia

11. ¿Recibe **cualquier** posible nuevo miembro del hogar **CUALQUIER OTRA AYUDA O INGRESO** que no haya sido mencionado en este formulario?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 12.

**Si respondió SÍ**, use el espacio provisto a continuación para dar información sobre **CUALQUIER** otra ayuda o ingreso recibido, quién lo recibe y la dirección donde puede verificarse. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

---



---



---

12. ¿Está cualquier miembro de su hogar al presente o cualquier posible nuevo miembro del hogar mencionado en este formulario en proceso de solicitar cualquier tipo de ingresos adicionales, como Desempleo, Incapacidad, Seguro Social, Ingresos Suplementarios (SSI) Beneficios de veteranos o de Bienestar Social (incluyendo AFDC, TANF, o Ayuda General) o Compensación del Trabajador o ingresos por adopción o cuidado provisorio de un niño?

Sí  No (**Ningún** miembro del hogar está en proceso de solicitar ningún tipo de ingresos adicionales.)

**Si respondió NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 13.

**Si respondió SÍ**, use el espacio provisto a continuación para dar información sobre cada persona que esté solicitando ingresos adicionales:

Persona que solicita ingresos adicionales	Tipo de ingresos	Fecha en que solicitó	Fecha en que se esperan los ingresos	Cantidad <b>mensual</b> esperada
				\$_____
				\$_____

## IV. BIENES – TODOS LOS BIENES DEBEN SER COMUNICADOS

### D. Cuentas bancarias

13. ¿Tiene **CUALQUIER** posible nuevo miembro del hogar alguna cuenta bancaria (cuenta corriente o de cheques, de ahorros u otra) en una institución financiera?  Sí  No

**Si respondió NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 14.

**Si respondió SÍ**, use el espacio abajo provisto para dar información sobre la cuenta. **Si más de una persona es nombrada en la cuenta, por favor dé todos los nombres incluidos en la cuenta.** Ponga solo una cuenta en cada línea. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre y dirección de la Institución financiera o Banco	<u>Todos</u> los nombres en la cuenta	Número de cuenta	Tipo de cuenta (cheques, Ahorros, Etc.)	Balance actual
				\$_____
				\$_____
				\$_____

**E. Cuentas de inversiones / Cuentas para jubilación / Propiedad inmobiliaria**

14. ¿Tiene **CUALQUIER** posible nuevo miembro del hogar en este formulario cualquiera de las siguientes?

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Certificados de depósito                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herencia  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ganado la lotería                                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Special Needs Trusts                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cuenta de jubilación independiente (IRA)               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 401(k) de jubilación (si tiene acceso)          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Certificados de ahorros                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Casa movable                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ajuste de un seguro                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Acciones  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Jubilación de trabajo independiente (Keogh)            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Terreno   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Money Market Funds                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bonos   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Póliza de seguro de vida total (con valor en efectivo) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Casa  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Trust Funds  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dinero en efectivo (cuanto: \$ _____)           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Inversiones personales (joyas, monedas, etc.)          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | (si respondió si, que tipo: _____ valor: _____) |   |

**SI RESPONDIÓ NO A TODO LO ANTERIOR**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 15.

**SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA DE LO ANTERIOR**, use el espacio abajo provisto para dar la información requerida. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre y dirección de la Institución financiera / Banco	Nombre(s) en la cuenta	Número de cuenta	Tipo de cuenta	Balance aproximado / Valor
				\$ _____
				\$ _____

15. ¿Tiene cualquier posible nuevo miembro del hogar **OTROS BIENES** que no hayan sido comunicados en este formulario?  
 Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 16.

**Si respondió SÍ**, use el espacio abajo provisto para dar la información requerida sobre **CUALQUIER** otro bien. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

---



---



---

**F. Disposición de bienes**

16. En los últimos dos años, **cualquier** posible nuevo miembro del hogar ¿ha vendido o regalado cualquier tipo de bienes (¿cómo dinero, cuentas bancarias, casa, terreno, casa movable, propiedad inmobiliaria, cuenta de inversión, cuenta para jubilación, póliza de seguro de vida o cualquier otro bien)?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 17.

**Si respondió SÍ**, use el espacio a continuación para dar la información requerida. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Persona a quien pertenecía el bien	Tipo de bien vendido o regalado	Valor cuando lo vendió o regaló	Cantidad recibida
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____

## V. CONCESIONES

### G. Gastos del cuidado de los niños

17. CUALQUIER posible nuevo miembro del hogar ¿tiene gastos de cuidado de un niño menor de 12 años que le permita a un miembro del hogar trabajar, buscar trabajo o mejorar su educación (académica o vocacional)?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO** a lo anterior, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 18.

**Si respondió SÍ**, use el espacio a continuación para dar la información sobre los gastos del cuidado del niño. Por favor mencione todas las agencias, grupos y proveedores a los que paga de su propio bolsillo por el cuidado de los niños. No incluya costos que le son reembolsados por una agencia o persona fuera del hogar. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre del niño o niños	Nombre del adulto que puede trabajar, buscar trabajo o educarse gracias a este cuidado del niño	Nombre y dirección de la agencia, grupo o proveedor a los que paga por el cuidado del niño.	Número de teléfono	Costo <u>mensual</u> al hogar
				\$* _____

### H. Gastos médicos y ayuda por incapacidad

En base a sus respuestas a las siguientes preguntas, la Autoridad de Viviendas quizá se comunique con usted para obtener información adicional para determinar si se califica usted o no para estas concesiones.

18. ¿Es cualquier posible nuevo miembro del hogar en esta forma una persona con discapacidad (no incluyen discapacidades temporales)?  Sí  No

Si respondió sí, ponga el nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_

19. ¿Cualquier posible nuevo miembro del hogar en esta forma tiene actualmente cualquier gasto médico no reembolsable (pagado de su bolsillo), incluyendo las primas de seguro médico?  Sí  No

Si respondió sí, ponga el nombre de la persona con gastos médicos no reembolsables: \_\_\_\_\_

20. ¿Cree que necesitará pagar en los próximos 12 meses a ayudantes para cuidar a un miembro del hogar discapacitado, o por equipos médicos, en los próximos 12 meses?  Sí  No

### I. Condición de estudiante

21. ¿Está cualquier posible nuevo miembro en este formulario (mayor de 18 años) matriculado en cualquier clase en una institución a nivel universitario?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO** a lo anterior, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la sección de Antecedentes de Arriendo abajo.

**Si respondió SÍ**, use el espacio a continuación para proveer la información sobre la condición de estudiante. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre del estudiante	Nombre de la escuela	Dirección de la escuela

## VII. ANTECEDENTES DE ARRIENDO

Complete lo siguiente por cada adulto que desea agregar a su hogar. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Número de teléfono:

Nombre del propietario de su vivienda actual: \_\_\_\_\_

Dirección del propietario actual: \_\_\_\_\_

Dirección actual del adulto que pide agregar: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Actual número de teléfono del adulto que pide agregar: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario de su vivienda previa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del propietario de su vivienda previa: \_\_\_\_\_

Dirección anterior del adulto solicitando que sea agregado: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

22. ¿Ha vivido **CUALQUIER** posible nuevo miembro en este formulario en vivienda pública (vivienda de la Autoridad de Viviendas) o en vivienda subsidiada con fondos federales?  No  Sí

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 23.

**Si respondió SÍ**, complete el cuadro a continuación. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre en ese momento (si era diferente) \_\_\_\_\_

Fecha(s) de ocupación \_\_\_\_\_

Dirección de la vivienda \_\_\_\_\_

Nombre del propietario /  
Autoridad de Viviendas \_\_\_\_\_

Razón por haberla dejado \_\_\_\_\_

23. ¿Debe actualmente **CUALQUIER** posible nuevo miembro de su hogar dinero a alguna autoridad de viviendas o a cualquier otra agencia que provea viviendas federalmente subsidiadas?  No  Sí

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 24.

**SI RESPONDIÓ SÍ a lo anterior**, por favor use los renglones abajo para indicar cuánto dinero debe, a quién le debe el dinero y por qué se lo debe.

\_\_\_\_\_

24. ¿Ha **CUALQUIER** posible nuevo miembro de su familia en este formulario cometido fraude o tenido que rembolsar dinero por haber provisto a sabiendas información incorrecta en un programa de viviendas subsidiado con fondos federales?  No  Sí

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede proceder a la sección opcional de Necesidades Especiales o a la sección de Certificaciones en la próxima página.

**Si respondió SÍ**, por favor explique:

\_\_\_\_\_



## VIII. NECESIDADES ESPECIALES (OPCIONAL)

Para ayudarnos a evaluar las necesidades especiales de vivienda, por favor indique cualquier detalle especial que cualquier posible nuevo miembro del hogar necesite para acomodar una incapacidad.

- Acceso a silla de ruedas    Vivienda en planta baja    No escaleras externas    No escaleras internas    Braille
- Barras para sostenerse    Grifos y perillas de puertas a palanca    Pasamanos    Acomodación para perro de ciegos
- Luces indicadoras para sordos (timbre de la puerta, alarma de humo, etc.)    Otro: \_\_\_\_\_

## VIII. CERTIFICACIONES

**TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR MAYORES DE 18 AÑOS DEBEN LEER Y FIRMAR PERSONALMENTE ESTE DOCUMENTO. NINGUNA PERSONA, INCLUYENDO LOS PADRES Y LOS CÓNYUGES, PUEDEN FIRMAR EN LUGAR DE UN ADULTO.**

1. Por la presente juro y atestigo que toda la información aquí dada es verdadera, completa y correcta.
2. Comprendo que declaraciones falsas o información falsa u omitir información es punible por ley federal.
3. Comprendo que una declaración falsa o información falsa es razón suficiente para la terminación de mi ayuda de vivienda.
4. Comprendo los siguientes puntos sobre cambios en la composición de mi hogar, ingresos y otra información.
  - a. Comprendo que todos los nuevos miembros del hogar deben ser aprobados por escrito por la Autoridad de Viviendas antes de mudarse a la vivienda por la que recibe ayuda.
  - b. Comprendo que debo comunicar todos los cambios en los ingresos y los bienes del hogar, por escrito, dentro de 14 días calendarios.
  - c. Comprendo que debo comunicar todos los cambios de dirección y número de teléfono, por escrito, dentro de 14 días calendarios.
5. Comprendo que por no cumplir con cualquiera de los siguientes puntos, puedo perder mi ayuda de vivienda:
  - a. No cumplir con mis obligaciones de presentar documentación de calificación en el plazo dado.
  - b. No asistir puntualmente a la cita (o citas) de re-certificación anual o a cualquier otra cita concertada por la Autoridad de Viviendas.
  - c. No tener mi vivienda disponible, a la hora concertada, para la inspección anual de los Estándares de Calidad de Vivienda.
  - d. No cumplir con cualquiera de las responsabilidades que me impone el programa, incluyendo las obligaciones mencionadas en mi comprobante o en mi contrato de arriendo.
  - e. Cometer fraude contra el programa (por ejemplo, no comunicar ingresos, tener personas no autorizadas en la vivienda y cualquier otro tipo de fraude).
6. Comprendo que a todos los miembros de mi hogar les está prohibido realizar cualquier actividad (incluyendo actividades criminales y / o el uso de drogas y de alcohol) que amenace la salud, la seguridad o el derecho de los demás residentes de disfrutar en paz el complejo.
7. Comprendo que deberé pagar toda la ayuda de vivienda que se haya sobrepagado en nombre de mi hogar a causa de fraude.

**ADVERTENCIA - EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE CUALQUIER PERSONA SERÁ CULPABLE DE FELONÍA POR HACER, A SABIENDAS Y A VOLUNTAD, DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER AGENCIA O DEPARTAMENTO DE LOS ESTADOS UNIDOS.**

**TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO SERÁ VERIFICADA POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS. SI MIENTE EN ESTE FORMULARIO, O SI OMITE ALGUNA INFORMACIÓN, SU SOLICITUD DE AYUDA SERÁ TERMINADA Y TENDRÁ QUE DEVOLVER TODA LA AYUDA QUE SE HAYA SOBREPAGADO DEBIDO AL FRAUDE.**

X	_____	_____	_____
	Nombre de la persona principal de la familia, en letra de imprenta	Firma de la persona principal de la familia	Fecha
X	_____	_____	_____
	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	Fecha
X	_____	_____	_____
	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	Fecha
X	_____	_____	_____
	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	Fecha
X	_____	_____	_____
	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	Fecha