



# VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN EN LA LISTA DE ESPERA

- Marque aquí sí está reportando información nueva
- Marque aquí para Verificar su Ubicación en la Lista de Espera

2160 41<sup>ST</sup> AVENUE, CAPITOLA, CA 95010-2040

Use este formulario para poner al día su información (incluyendo su dirección) o verificar su ubicación en la lista de espera. Cuando la Autoridad de Viviendas reciba su formulario completo le enviará una carta confirmando la información nueva que usted haya dado, y también verificándole que su nombre está en la lista de espera. Por favor tenga presente que debe mantenernos informados, por escrito, sobre cualquier cambio de domicilio, para que podamos comunicarnos con usted cuando llegue su turno para la determinación final de su calificación. Si las cartas le son devueltas a la Autoridad de Viviendas por tener dirección incorrecta, no volveremos a intentar comunicarnos con usted y su nombre será permanentemente quitado de la lista de espera.

**LISTA DE ESPERA:**  Santa Cruz, Programa CSV, Sección 8  Hollister / San Juan Bautista, Programa CSV, Sección 8  Otro: \_\_\_\_\_

Por la presente pido verificación de la fecha en que mi nombre se puso en la lista de espera o del cambio de dirección, que debe enviarse a la dirección provista a continuación.

### **POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA INFORMACIÓN PEDIDA A CONTINUACIÓN.**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ 2. Inicial (segundo Nombre): \_\_\_\_\_ 3. Apellido: \_\_\_\_\_
4. N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
6. Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 7. Otro teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
8. Domicilio Actual: \_\_\_\_\_
9. Dirección postal Actual: \_\_\_\_\_  
¿Esta usted actualmente sin un hogar?  No  Sí (Por favor tenga en cuenta que todavía debe proporcionar una dirección postal.)
10. Ingreso anual total de la familia \$ \_\_\_\_\_ 11. No. Total de miembros de la familia \_\_\_\_\_
12. Número de adultos en el hogar (mayores de 18 años): Varones: \_\_\_\_\_ Mujeres: \_\_\_\_\_
13. Número de niños en el hogar (menores de 18 años): Varones: \_\_\_\_\_ Mujeres: \_\_\_\_\_
14. ¿En qué idioma prefiere comunicarse?  Inglés  Español  TDD  Otro: \_\_\_\_\_
15. Etnicidad  Hispano o Latino  No Hispano o Latino
16. Raza  Afro Americano/Negro  Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Blanco  Asiático  Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico
17. Para ayudarnos a evaluar sus necesidades de vivienda, por favor indique qué requisitos específicos serían necesarios para acomodar al miembro de la familia con incapacidades.  
 Acceso a silla de ruedas
18. Nombre que use cuando puse mi nombre en la lista: \_\_\_\_\_
19. Fecha o fecha aproximada que puse mi nombre en la lista: Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

### **Información Referente a la Elegibilidad para Programas Especiales**

Esta información puede impactar su elegibilidad para programas especiales. Por favor mantengamos informados de cualquier cambio en lo siguiente:

20. ¿Usted o su cónyuge trabaja en el condado de Santa Cruz?  No  Sí
21. ¿Usted o su cónyuge trabaja en el condado de San Benito?  No  Sí
22. ¿Usted o su cónyuge tienen 62 años de edad o más?  No  Sí
23. ¿Usted o su cónyuge desean reclamar estatus de discapacidad?  No  Sí
24. ¿Es usted, o algún miembro de su hogar, una persona de entre 18 y 62 años que desea reclamar el estado de discapacitado?  
 No  Sí
25. Si la respuesta es afirmativa, ¿es cualquiera de las siguientes circunstancias pertinente al adulto discapacitado?  
 En transición de cuidado institucional  En grave riesgo de ser institucionalizado  En riesgo de perder el hogar
26. ¿Está usted o cualquier miembro de su hogar actualmente en el servicio militar o es veterano que haya sido dado de baja en condiciones honorables de cualquier brazo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, o es el/a esposo/a sobreviviente de un veterano?  No  Sí

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*(Persona principal de la familia)*