



SOLICITUD INICIAL PARA RECIBIR AYUDA DE VIVIENDA DECLARACIÓN PERSONAL Y FINANCIERA

ESTA INFORMACIÓN SE REQUIERE PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR AYUDA DE VIVIENDA. ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO TOTALMENTE. TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTE FORMULARIO SERÁ VERIFICADA POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDA. **SI USTED MIENTE U OMITE INFORMACIÓN, SU SOLICITUD DE AYUDA SERÁ DENEGADA.** TODOS LOS ADULTOS DEBEN LEER Y FIRMAR LA CERTIFICACIÓN EN LA PÁGINA 7 DE ESTE FORMULARIO.

I. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre legal completo de la persona principal de la familia exactamente como aparece en la tarjeta de Seguro Social: _____

Nombre que usó cuando puso su nombre en la Lista de Espera _____

Licencia para conducir u otro número de identificación: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

 _____ Marque aquí si no tiene hogar (si no brinda un domicilio, DEBE brindar una dirección para correspondencia.)

Dirección Postal: _____

Número de teléfono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____ Otro _____

Dirección de e-mail (si corresponde): _____

Nombre y número de teléfono de dos (2) familiares o amigos con quienes poder comunicarnos en caso de emergencia.

En caso de emergencia 1: _____

<i>Nombre</i>	<i>Teléfono durante el día</i>	<i>Teléfono durante la noche</i>	<i>Relación</i>
---------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------

En caso de emergencia 2: _____

<i>Nombre</i>	<i>Teléfono durante el día</i>	<i>Teléfono durante la noche</i>	<i>Relación</i>
---------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------

LENGUA EN QUE PREFIERE COMUNICARSE:

Lenguaje: Inglés Español TDD Otro: _____

OPCIONAL:

Raza: Blanca Negra / Africano americano Asiático Nativo americano/ Nativo de Alaska
 Nativo de Hawai o islas del Pacífico Otro: _____

Origen étnico: Hispánico o latino Ni hispánico ni latino

Necesidades Especiales: ¿Algún miembro de su familia requiere algún tipo de acomodación especial para poder comunicarse con la Autoridad de Vivienda, recibir correspondencia de la Autoridad de Vivienda, o para poder asistir a citas en la Autoridad de Vivienda?

Si (si es sí, por favor especifique): _____
 No

Si No ¿Es usted, o algún miembro de su hogar, una persona de entre 18 y 62 años que desea reclamar el estado de discapacitado?

II. COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

Nombre a **todas las personas** que vivirán en su hogar como residencia principal. Si está en una casa compartida (rentando parte de una casa o apartamento) no incluya los co-ocupantes que no son parte de su propio hogar. Ponga primero a la persona principal de la familia. Adjunte otras hojas si es necesario.

Adultos (mayores de 18 años) Nombre legal completo <i>(como aparece en la tarjeta de seguro social)</i>	Fecha de nacimiento <i>(09/21/1964)</i>	Sexo <i>(F)</i>	Lugar de nacimiento <i>(ciudad, estado)</i>	Número de Seguro Social <i>(123-45-6789)</i>	Estado civil C- Casado V- Viudo S- Separado D- Divorciado NC- Nunca casado
Niños (menores de 18 años) Nombre legal completo <i>(como aparece en la tarjeta de seguro social)</i>	Fecha de nacimiento <i>(21/9/1988)</i>	Sexo <i>(M)</i>	Lugar de nacimiento <i>(ciudad, estado)</i>	Número de Seguro Social <i>(123-45-6789)</i>	Porcentaje de tiempo que el niño vive en la unidad <i>(100%)</i>
					%
					%
					%
					%

A. MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE NO VIVEN CON USTED – Nombre de los padres de hijos menores de 18 años, ex-cónyuges de miembros del hogar divorciados o separados e hijos menores de miembros del hogar no nombrados arriba. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre	Relación	Dirección / Número de Teléfono	Fecha del último contacto

III. INGRESOS DEL HOGAR- TODOS LOS INGRESOS SE DEBEN REPORTAR

A. Ingresos por empleo

¿Recibe ALGÚN miembro adulto del hogar (mayor de 18 años) CUALQUIERA de los siguientes tipos de ingresos relacionados al empleo? Sí NO

Ingresos por empleo (salario, pago por hora, comisiones, honorarios, propinas o bonos) Ingresos como trabajador independiente (contratista, negocio personal, trabajador por día, empleos diversos, etc.) Pago por despido (pago adicional dado a un empleado al ser despedido de su empleo) Pensión / Jubilación (de previo empleo, excluyendo el Seguro Social), Manutención de hijos, por la Corte, No incluir AFDC, Beneficios por hijos de crianza (Foster) o adopción, Pensión alimenticia, Apoyo conyugal, Beneficio Estatales por Desempleo, Beneficios estatales por Discapacidad/Compensación Laboral, Seguro Social (SSB), Beneficios del

Seguro Suplemental (SSI), beneficios de Veteranos, Cash Aid, TANF, Cal Fresh (AFDC- Ayuda para familias con Hijos Dependientes), Asistencia General o Kin Gap.

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. Reporte 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 Empleador/ Dirección donde se pueda verificar el empleo (<i>Si trabaja independientemente, nombre sus clientes</i>)	Número de teléfono	Suma pagada	Frecuencia (semanal, bi-semanal, mensual)

B. Contribuciones al Hogar

¿**ALGUIEN** fuera de su hogar paga algunas de las cuentas o gastos en nombre suyo, o le da alguna persona de su hogar dinero o contribuciones no monetarias o regalos (como abarrotes, productos o servicios)? **Sí** **No**

SI CONTESTÓ SÍ use el espacio abajo para dar la información sobre las contribuciones que recibe. Agregue más hojas si es necesario.

Tipo de contribuciones o regalos recibidos	Nombre / Dirección de la persona o Agencia que contribuye	Teléfono	Cantidad o valor	Qué frecuencia (semanal, bisemanal, mensual)

IV. BIENES – SE DEBE REPORTAR TODOS LOS BIENES

A. Cuentas bancarias

¿**ALGUIEN** de su hogar tiene cuentas (corriente, de ahorros u otra) en alguna institución bancaria o financiera? **Sí** **No**

SI CONTESTÓ SÍ use el espacio abajo para dar la información sobre las cuentas. **Si la cuenta está a nombre de más de una persona, por favor nombre a todos los titulares de la cuenta.** Ponga solamente una cuenta por renglón. Agregue más hojas si es necesario.

Institución Financiera / Nombre y dirección del banco	<u>Todos</u> los nombres en la cuenta	Número de cuenta	Tipo de cuenta (Corriente, de ahorros, Etc.)	Balance actual
				\$_____
				\$_____
				\$_____

B. Cuentas de Inversión / Cuentas de Jubilación / Propiedad Inmobiliaria

1.) ¿**ALGUIEN** de su hogar tiene alguno de lo siguiente? Sí No

Certificados de depósito, Certificados de Ahorro, Fondos del Mercado Monetario, Fondos fiduciarios, Fondos por Necesidades Especiales, Casa móvil, Terrenos, Casa, Cuenta(s) de Jubilación Independiente (IRA), Inversiones personales (joyas, monedas), Ganancias de lotería, Ajustes de seguro, Seguro de vida entera (con valor en efectivo) Herencia con una suma global, Jubilación 410(k) (a la cual tiene acceso) Acciones, Bonos, Dinero en efectivo, Jubilación de trabajo independiente (Keogh)

SI CONTESTÓ SÍ A UNA PREGUNTA ARRIBA, use el espacio abajo para brindar la información solicitada. Agregue más hojas si es necesario.

Institución Financiera / Nombre y dirección del banco	Nombre(s) en la cuenta	Número de cuenta	Tipo de cuenta (efectivo, casa, etc.)	Balance aproximado/ Valor
				\$ _____
				\$ _____

2.) ¿**ALGUIEN** de su hogar tiene **CUALQUIER OTRO BIEN** que no se haya reportado en esta forma? Sí No

SI CONTESTÓ SÍ, use el espacio abajo para brindar la información solicitada. Agregue más hojas si es necesario.

C. Disposición de Bienes

En los últimos dos años, ¿**ALGUIEN** de su hogar vendió o regaló algún tipo de bien (como dinero, cuenta bancaria, casa, terreno, casa móvil, propiedad inmobiliaria, cuenta de inversión, cuenta de jubilación, póliza de seguro de vida o algún otro bien)? Sí No

SI CONTESTÓ SÍ, use el espacio abajo para brindar la información solicitada. Agregue más hojas si es necesario.

Persona que tenía el bien	Tipo de bien vendido o regalado	Valor al vender o regalar	Cantidad que recibió
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____

V. CONCESIONES

A. Cuidado de niños

¿**ALGUIEN** de su hogar tiene gastos por el cuidado de niños menores de 12 años para permitir que un miembro del hogar pueda trabajar, buscar trabajo, o mejorar su educación (académica o vocacional)? Sí No

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	Nombre y dirección de la agencia, grupo o proveedor a los que paga por el cuidado del niño.	Teléfono	Costo Mensual al hogar
			\$ _____
			\$ _____

B. 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 califica usted o no para estas concesiones. No se requiere responder a esta pregunta o divulgar información acerca del estado de incapacidad de cualquier miembro del hogar. Sin embargo, el estatus de discapacidad puede tener un impacto en el nivel de subsidio que usted podría ser elegible para recibir.

1.) ¿Usted o su cónyuge desean reclamar estatus de discapacidad? (no incluya incapacidades temporarias)

Sí No

2.) ¿La persona principal de la familia o su esposa/o es mayor de 62 años? Sí No

a. Si respondió Sí a la pregunta 1 ó 2, ¿anticipa Ud. algún gasto médico no reembolsado (pagado de su bolsillo), incluyendo las cuotas de la póliza de seguro médico, en los próximos 12 meses? Sí No

3.) ¿Cree que necesitará pagar en los próximos 12 meses a ayudantes para cuidar a un miembro del hogar discapacitado, o por equipos médicos, para permitirle trabajar al miembro del hogar discapacitado o a otro miembro de la familia?

Sí No

C. Condición de Estudiante

¿Algún adulto (mayor de 18 años) en su hogar está matriculado en alguna clase en una institución a nivel universitario? Sí No

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

Nombre del estudiante	Nombre y dirección del colegio

VI. HISTORIAL DE RENTA

1.) ¿En la actualidad, carece usted de vivienda? SÍ NO

Por favor sepa que HUD define carecer de vivienda de la siguiente manera:

- Estar viviendo en un carro, en la calle u otro lugar no destinado para ser habitado por personas;
- Estar viviendo en un refugio de emergencia, vivienda transitoria, refugio seguro, o en un hotel/motel pagado por una organización de caridad o por un programa federal, estatal o del gobierno local;
- Estar viviendo en una institución, inclusive en un hospital, una instalación de tratamiento para abuso de sustancias o de salud mental, o una cárcel/prisión donde se quedó 90 días o menos, y si vivía en un refugio de emergencia o lugar no destinado para ser habitado por personas antes de entrar a esa institución;
- Escapaando o intentando escapar violencia doméstica o violencia de pareja, un ataque sexual, acecho u otra condición peligrosa o que amenaza su vida o la de un familiar, inclusive un niño, que haya tenido lugar dentro de la residencia nocturna primaria de su familia o si le da miedo regresar a su residencia nocturna primaria y no tiene donde vivir/no tiene recursos o redes de apoyo para poder obtener alojamiento permanente.

Si cualquiera de las situaciones nombradas arriba es cierta, por favor marque el casillero que indica que en la actualidad carece de vivienda.

2.) ¿Ha vivido usted en vivienda pública (vivienda de una autoridad de vivienda) o en vivienda subsidiada con fondos federales? Sí No

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

Nombre en ese momento (si era diferente)	_____
Fecha(s) de tenencia	_____
Dirección de la unidad	_____
Nombre del propietario / Autoridad de Vivienda	_____
Razón por haberla dejado	_____

3.) ¿Usted o algún miembro de su hogar le debe dinero a alguna autoridad de viviendas o a cualquier otra agencia que provea viviendas federalmente subsidiadas? Sí No

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.

4.) ¿Usted o algún miembro de su familia cometió fraude o tuvo que reembolsar dinero por haber provisto a sabiendas información incorrecta en un programa de viviendas subsidiado con fondos federales? No Sí

SI RESPONDIÓ SÍ a lo anterior, por favor explique:

VII. 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 doy fe que toda la información aquí dada es verdadera, completa y correcta.
2. Comprendo que declaraciones falsas o información falsa u omitir información es castigable 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 Vivienda antes de mudarse a la vivienda por la que recibe ayuda.
 - b. Comprendo que debo comunicar cuando un miembro del hogar salga de la vivienda donde se recibe subsidio dentro de 14 días calendarios.
 - c. Comprendo que debo comunicar todos los cambios (incluyendo aumentos o disminuciones) en los ingresos y los bienes del hogar, por escrito, dentro de 14 días calendarios.
 - d. Comprendo de 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 programada por la Autoridad de Vivienda.
 - c. No tener mi vivienda disponible, a la hora programada, 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 renta.
 - 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 de las instalaciones.
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 OMITIÓ ALGUNA INFORMACIÓN, SU SOLICITUD DE AYUDA SERÁ DENEGADA.

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

VIII. SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VIVIENDA ASISTIDA POR EL GOBIERNO FEDERAL

La página siguiente contiene un formulario de HUD que le brinda a Ud. la oportunidad de proveer información de contacto de una persona o personas que Ud. desea que la Autoridad de Viviendas contacte en nombre suyo. Por favor tenga presente que el formulario adjunto es OPCIONAL. No se le requiere que le brinde a la Autoridad de Vivienda esta información.

Además, por favor vea la siguiente información acerca de las categorías para Razones para Contactar incluidas en el formulario:

- Emergencia – Además del formulario del HUD adjunto, la primera página de este formulario le provee un espacio para darnos información sobre su contacto de emergencia. Esta información se usará a discreción de la Autoridad de Viviendas.
- Si no podemos contactarle – Si Ud. no reside actualmente en una unidad donde recibe asistencia de vivienda y la Autoridad de Viviendas no tiene otro modo de contactarle, podemos usar esta información para ponernos en contacto con Ud.
- Terminación de la asistencia de renta – Si la Autoridad de Viviendas pone fin a su asistencia de renta, le daremos una copia de la carta de terminación al individuo que Ud. desee que la reciba.
- Asistencia con el proceso de recertificación – Si Ud. está en peligro de terminación por no haber proveído los documentos anuales de recertificación, le daremos una copia de la carta pertinente al individuo que Ud. desee que la reciba.
- Desalojo de la unidad (LIPH solamente) – Si a Ud. le están desalojando de su Unidad Pública de Bajos Ingresos (LIPH), le daremos una copia de la carta pertinente al individuo que Ud. desee que la reciba.
- Pago de renta tardío (LIPH solamente) – Si a Ud. le están desalojando de su Unidad Pública de Bajos Ingresos (LIPH) por pago de renta tardío, le daremos una copia de la carta pertinente al individuo que Ud. desee que la reciba.
- Cambios en los términos del contrato de renta (LIPH solamente) – Si hay un cambio en los términos del contrato de renta de su Vivienda Pública de Bajos Ingresos le daremos una copia de la carta pertinente al individuo que Ud. desee que la reciba.
- Cambios en los reglamentos de la casa (LIPH solamente) – Si hay un cambio en los reglamentos de la casa de su Vivienda Pública de Bajos Ingresos le daremos una copia de la carta pertinente al individuo que Ud. desee que la reciba.
- Otro – Ud. puede solicitar que contactemos a un individuo por alguna “otra” razón. Esas solicitudes se consideran individualmente.

Por favor sepa que puede actualizar, quitar o cambiar esta información en cualquier momento poniéndose en contacto con la Autoridad de Viviendas y presentando su solicitud por escrito. Además, no está obligado a proveer esta información. El formulario que sigue es completamente optativo y se le ofrece como cortesía únicamente.

Información de Contacto Suplemental y Optativa para HUD-Solicitantes de Viviendas Asistidas

SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE VIVIENDAS ASISTIDAS POR EL GOBIERNO FEDERAL

Este formulario se deberá proveer a cada solicitante de vivienda asistida por el gobierno federal

Instrucciones: Persona u Organización de Contacto Optativo: Ud. tiene el derecho por ley de incluir como parte de su solicitud de vivienda el nombre, domicilio, teléfono y otra información pertinente de un familiar, amigo o de una organización social, de salud, de abogacía u otra organización. Esta información de contacto es con el fin de identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier asunto que pueda surgir durante su inquilinato o para ayudar a proveer algún cuidado especial o servicios que Ud. pueda requerir. **Ud. puede actualizar, quitar o cambiar la información que provea en este formulario cuando así lo desee.** No está obligado a proveer esta información, pero si desea hacerlo, por favor incluya la información pertinente en este formulario.

Nombre del Solicitante:	
Dirección de correspondencia:	
No. de Teléfono:	Celular:
Nombre de la persona de contacto adicional o de la organización:	
Domicilio:	
No. de Teléfono:	Celular:
Dirección de correo electrónico (si tiene):	
Relación con el solicitante:	
Razón para contactar: (marque todos los que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Asistir con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No pudimos contactarlo a Ud.	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del contrato de renta (LIPH solamente)
<input type="checkbox"/> Terminación de asistencia de renta	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa (LIPH solamente)
<input type="checkbox"/> Desalojo de una unidad (LIPH solamente)	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago de renta tardío (LIPH solamente)	
Compromiso de la Autoridad de Vivienda o el propietario: Si Ud. ha sido aprobado para una vivienda, esta información se conservará como parte de su expediente de inquilino. Si surgen asuntos durante su inquilinato o si Ud. requiere algún servicio o cuidado especial, nos podremos poner en contacto con la persona u organización que Ud. nombró para que ayuden a resolver los asuntos o a proveerle a Ud. los servicios o cuidados especiales.	
Declaración de confidencialidad: la información brindada en este formulario es confidencial y no se divulgará a nadie excepto como lo permite el solicitante o la ley que se aplique.	
Aviso legal: La Sección 644 de la ley de Vivienda y desarrollo de la Comunidad de 1992 (Ley pública 102-550, aprobada Octubre 28, 1992) requiere que a cada persona que solicite vivienda asistida por el gobierno federal se le ofrezca la opción de proveer información referente a una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda se pone de acuerdo en cumplir con los requisitos de no discriminación y de igualdad de oportunidades de 24 CFR sección 5.105, inclusive las prohibiciones sobre discriminación en admisión o participación en los programas federales de viviendas asistidas en base a raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y condición familiar bajo la Ley de Justicia de Viviendas, y la prohibición de discriminación por edad de la ley de discriminación por Edad de 1975.	

Marque este casillero si no desea proveer información de contacto.

--	--

Firma del solicitante**Fecha**

Los requisitos de recaudación de información contenidos en este formularios fueron presentados ante la Oficina de Gerencia Y Presupuesto (OMB) de acuerdo con la Ley de reducción de Formularios de 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). Se calcula que la carga pública será de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recaudar y mantener toda la información necesaria, y completar y revisar la recaudación de información. La Sección 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo de la Comunidad de 1992 (42 U.S.C. 13604) le impuso a HUD la obligación de exigir que los proveedores de viviendas que participaran en los programas de asistencia de viviendas del HUD le provean a todo individuo o familia que solicite inquilinato en viviendas asistidas por HUD la opción de incluir en la solicitud de inquilinato el nombre, domicilio, teléfono y otra información pertinente de un familiar, amigo o persona asociada a una organización social, de salud, de abogacía o una organización similar. El objetivo de proveer esa información es el de facilitar el contacto del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el inquilino para asistirle en proveerle la entrega de servicios o cuidado especial al inquilino y ayudar a resolver cualquier asunto del inquilinato que surjan durante el inquilinato de dicho inquilino. La información suplemental de la solicitud será guardada por el proveedor de vivienda y guardada como información confidencial. Proveer información es básico para las operaciones del programa de Vivienda Asistida de HUD y es voluntario. Apoya los requisitos de los estatutos y los controles del programa y de la gerencia que previenen los fraudes, el desperdicio y el manejo indebido. De acuerdo con la Ley de Reducción de Formularios, una agencia no debe conducir ni patrocinar y una persona no está obligada a responder a una recaudación de información a menos que la colección lleve a la vista un número válido de control de OMB.

Declaración de Privacidad: La Ley Pública 102-550, autoriza a que el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) recaude toda la información (excepto el número de Seguro Social (SSN) el r cual será usado por HUD para proteger de acciones fraudulentas la información de desembolso de fondos.

FORMULARIO DE CIUDADANÍA Y ESTATUS DE INMIGRACIÓN ELIGIBLE

Personas que solicitan por primera vez

Cada miembro del hogar que solicita se **debe** nombrar en la lista de este formulario. Por favor haga una lista de los miembros de su hogar bajo la categoría que describa su estatus de ciudadanía/inmigración. **Su solicitud de asistencia de vivienda no puede ser procesada a menos que todos los miembros del hogar estén nombrados en este formulario.**

Ciudadano/a de los Estados Unidos (Adjunte comprobante de ciudadanía – acta de nacimiento, pasaporte, o certificado de naturalización). Los siguientes miembros de mi hogar son ciudadanos de los E.E. U.U.:

No-Ciudadanos con estatus de inmigración elegible mayores de 62 años (adjunte documentos para comprobar la edad) *Vea al dorso de este formulario la definición de Estatus de inmigración elegible.*

Los siguientes miembros de mi hogar son inmigrantes elegibles mayores de 62 años:

No-Ciudadanos con estatus de inmigración elegible menores de 62 años (adjunte copias de documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos USCIS)

Los siguientes miembros de mi hogar son inmigrantes elegibles menores de 62 años:

No-Ciudadanos sin estatus de inmigración elegible :

Los siguientes miembros de mi hogar no son inmigrantes elegibles según la definición al dorso de este formulario: (Los no-ciudadanos sin estatus de inmigración elegible deberán firmar un formulario que se adjunta Elijo No Declarar mi Estatus de Inmigración Elegible).

Certifico además que la información que precede es verdadera, correcta y completa y que entiendo que la información se usará con el fin de determinar la asistencia para el Programa de Comprobante de Selección de Vivienda de la Sección 8.

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.

Nombre de la persona principal de la familia, en letra de imprenta

Firma

Fecha

Reference Number

¿COMO SÉ SI TENGO ESTATUS DE INMIGRACIÓN ELEGIBLE?

Las siguientes categorías de ciudadanía e inmigración son elegibles para recibir asistencia:

❖ Ciudadanos de los Estados Unidos que proporcionan un comprobante de su ciudadanía.

~O~

❖ No- ciudadanos con estatus de inmigración elegible, tal como se define a continuación:

1. No-ciudadanos que fueron legalmente admitidos para ser residentes permanentes (Residentes permanentes, inmigrantes, trabajadores agrícolas especiales).

2. No- ciudadanos que entraron a los Estados Unidos antes de Enero1, 1972, que han mantenido su residencia continua desde entonces, que no son elegibles para la ciudadanía pero que fueron admitidos para residir permanentemente y legalmente por el Fiscal General.

3. No- ciudadanos que recibieron estatus de refugiado, de asilo, o entrada condicional debido a una persecución basada en su raza, religión, opinión política o por una calamidad catastrófica nacional.

4. No- ciudadanos que están presentes legalmente por razones emergentes o razones que se consideran de interés público.

5. No- ciudadanos que están legalmente presentes debido a una amenaza a su vida o libertad.

6. No- ciudadanos que fueron admitidos legalmente para residencia permanente o temporal debido a una amnistía.



MIEMBROS DEL HOGAR QUE ELIGEN NO DECLARAR SU ESTATUS DE INMIGRACIÓN ELEGIBLE

Instrucciones: Si uno o más miembros de una familia eligen no declarar su estatus de inmigración elegible, y los demás miembros de la familia establecen su ciudadanía o estatus de inmigración elegible, la familia podrá ser considerada para recibir asistencia a pesar de que uno o más miembros de la familia no presentó una declaración o documentación de estatus de inmigración elegible. La familia, sin embargo, deberá identificar ante la Autoridad de Vivienda el/los miembro(s) de la familia que elegirá(n) no declarar que ella/él tiene estatus de inmigración elegible. Por favor sepa que el total de la asistencia que se proporciona será prorrateada (reducida) en base al porcentaje de miembros de la familia que elijan no declarar su estatus de inmigración elegible.

Al firmar este formulario, certifico bajo pena de perjurio, que la(s) persona(s) nombradas abajo son miembros de mi hogar y que cada uno de ellos ha elegido no declarar que él/ella tiene estatus de inmigración elegible.

Escriba en letra de molde los nombres de lo miembros del hogar que no desean declarar su estatus de inmigración elegible

Certifico además que la información que precede es verdadera, correcta y completa y que entiendo que la información se usará con el fin de determinar la asistencia para el Programa de Comprobante de Selección de Vivienda de la Sección 8.

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.

Nombre de la persona principal de la familia, en letra de molde

Firma

Fecha

Reference Number

Formulario de consentimiento para el chequeo de antecedentes criminales

Por información acerca de cómo este formulario le afecta, por favor lea ambos lados del formulario.

Es obligatorio completar el reverso de la hoja.

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, la sigla en inglés) requiere que la Autoridad de Viviendas lleve a cabo un chequeo de antecedentes criminales de todos los adultos solicitantes de asistencia federal de Vivienda.*

Se nos requiere específicamente que le neguemos la admisión o terminamos la asistencia si un miembro de su hogar:

- Es un ofensor sexual registrado.
- Ha sido encarcelado por producir o elaborar metanfetamina en propiedad de una vivienda on asistencia federal.
- Ha sido desalojado de una vivienda con asistencia federal por actividades criminales relacionadas a las drogas en los últimos 3 años.
- La Autoridad de Viviendas puede además negar la admisión o terminar la asistencia a nuestros programas de vivienda en base a actividades criminales o relacionadas a las drogas de acuerdo con las políticas que hemos adoptado.

Si la Autoridad de Viviendas halla evidencia que nos lleva a negarle su solicitud en base a las normas que preceden, le daremos la oportunidad de revisar la información y apelar su decisión. Se hará lo posible por verificar la condición de ofensor sexual antes de otorgar admisión; sin embargo, si la Autoridad de Viviendas se entera de que un miembro adulto no reúne los requisitos que exigen estas normas después de ser admitidos al programa de la Autoridad de Viviendas, se podrá poner fin a la participación de su familia en el programa.

De acuerdo con los reglamentos de HUD, cada miembro adulto de la familia deberá firmar este consentimiento para poder solicitar asistencia federal de vivienda. Al firmar, cada miembro adulto consiente a que:

- Cualquier agencia del orden público pueda revelar a la Autoridad de Viviendas archivos de condena criminal y/o la condición de ofensor sexual registrado del miembro de la familia.
- La Autoridad de Viviendas pueda recibir los archivos de una agencia del orden público y usarlos para cumplir con los reglamentos de HUD y con las políticas de la Autoridad de Viviendas de examinar antecedentes y de desalojar debido a actividades criminales y relacionadas a las drogas.

Además, al firmar este formulario, cada miembro adulto certifica que no un agresor sexual registrado, ha sido condenado por la producción o elaboración de metanfetamina en propiedad de una vivienda con asistencia federal y que no ha sido desalojado de una vivienda con asistencia federal por actividades criminales relacionadas a las drogas en los últimos 3 años.

Cada individuo que solicita asistencia, solicita ser añadido a un hogar asistido o solicita la redeterminación de elegibilidad para asistencia deberá completar el reverso de este formulario.

Sea completo y honesto en sus respuestas.

* La 1ª excepción son los programas financiados por HUD CoC, como Shelter Plus Care. La segunda excepción es HUD-VASH, que solo evaluará el estado de Ofensores Sexuales Registrados por Vida.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL CHEQUEO DE ANTECEDENTES CRIMINALES

Por información acerca de cómo este formulario le afecta, por favor lea ambos lados del formulario.

Por favor, escriba claramente. Información ilegible o incompleta retrasará el procesamiento de su aplicación.

Cabeza de familia: _____ N° de Seguro Social ____/____/____

Sea completo y honesto en sus respuestas.

Date Stamp

Usted es responsable de reportes completos y veraces. Para cumplir con los requisitos de HUD, cuando complete este formulario debe incluir CUALQUIER nombre que haya conocido.

Autorizo a la Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz a usar esta información y mis huellas dactilares para obtener reportes de actividad criminal y reportes de registro de delinquentes sexuales de por vida. Entiendo que la Autoridad de Viviendas usa el escáner en vivo del FBI, que enlaza con una base de datos nacional, para revisar mi solicitud de admisión y evaluar mi elegibilidad continua para asistencia en programas de vivienda.

Nombre <i>(favor de escribir claramente)</i>	Firma	Fecha de hoy	Nombres usados previamente	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento

Domicilio físico o postal corriente: _____

<i>For Administrative Use Only:(para uso de la administración):</i>		
1. Req. _____ Rec. _____ Conf#: _____ 2. Req. _____ Rec. _____ Conf#: _____ 3. Req. _____ Rec. _____ Conf#: _____	Program: <input type="checkbox"/> S8 (SC, Holl) <input type="checkbox"/> LIPH <input type="checkbox"/> HUD- VASH, CoC-Funded, Shelter+Care <input type="checkbox"/> Mod Rehab <input type="checkbox"/> Brommer <input type="checkbox"/> Merrill <input type="checkbox"/> ModRehab SRO <input type="checkbox"/> Tierra Alta <input type="checkbox"/> Casa Pajaro	Status: <input type="checkbox"/> Add HH member <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> Port-in Submitted by: _____
CBC Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: _____ Date: _____		