



**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: \_\_\_\_\_  
*Nombre    Teléfono durante el día    Teléfono durante la noche    Relación*

En caso de emergencia 2: \_\_\_\_\_  
*Nombre    Teléfono durante el día    Teléfono durante la noche    Relación*

**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	<b>Frecuencia</b> (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 <b>Mensual</b> 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.**

<b>X</b>	Nombre de la persona principal de la familia, en letra de imprenta	Firma de la persona principal de la familia	Fecha
<b>X</b>	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	Fecha
<b>X</b>	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	Fecha
<b>X</b>	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	Fecha
<b>X</b>	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.

<b>Nombre del Solicitante:</b>	
<b>Dirección de correspondencia:</b>	
<b>No. de Teléfono:</b>	<b>Celular:</b>
<b>Nombre de la persona de contacto adicional o de la organización:</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>No. de Teléfono:</b>	<b>Celular:</b>
<b>Dirección de correo electrónico (si tiene):</b>	
<b>Relación con el solicitante:</b>	
<b>Razón para contactar:</b> (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)	
<b>Compromiso de la Autoridad de Vivienda o el propietario:</b> 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.	
<b>Declaración de confidencialidad:</b> 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.	
<b>Aviso legal:</b> 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:** \_\_\_\_\_

<b><i>For Administrative Use Only:(para uso de la administración):</i></b>		
1. Req. _____ Rec. _____ Conf#: _____  2. Req. _____ Rec. _____ Conf#: _____  3. Req. _____ Rec. _____ Conf#: _____	<b>Program:</b> <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	<b>Status:</b> <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: _____		



2160 41<sup>st</sup> Avenue, Capitola, California 95010-2040 Telephone: (831) 454-9455, Hollister: (831) 637-0487  
 Fax: (831) 469-3712, TDD (831) 475-1146  
 www.hacosantacruz.org

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

I/We hereby give my/our consent to have the Housing Authority of the County of Santa Cruz obtain any and all information deemed necessary to determine or redetermine my/our eligibility for housing assistance. Therefore, I authorize the release of any of the information described below, as requested by the Housing Authority of the County of Santa Cruz.

I/We understand that this release of information includes the collection of information regarding my/our employment, Unemployment Insurance Benefits, any and all other benefits, child support and spousal support, bank accounts, any other income, asset or household information. Additionally, I/we give my/our consent to have the Housing Authority verify any childcare expenses, medical expenses, disability assistance expenses, full time student status and disability status, and criminal history. I/we understand that this information will be kept confidential and is being requested for the purpose of determining my/our eligibility for housing assistance.

I/we understand that this information may be disclosed to local public agencies and law enforcement for the purposes of ensuring program integrity and to prevent the misuse of public funds. I also authorize this form to be photocopied and used as an original.

ALL HOUSEHOLD MEMBERS 18 YEARS OR OLDER MUST SIGN.

This consent form expires 3 years following the end of program participation

**AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACIÓN – TRADUCCIÓN ESPAÑOLA**

Yo/Nosotros por la presente damos nuestro consentimiento a la Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz obtener cualquier y toda información creída necesaria para determinar o re determinar mi/nuestra elegibilidad para la ayuda de vivienda. Por lo tanto, yo/nosotros autorizo/autorizamos la liberación de cualquiera de la información descrita abajo, solicitada por la Autoridad de Viviendas del Condado de Cruz.

Yo o nosotros comprendemos que esta autorización incluye pedir y juntar información sobre mi o nuestros empleos, Beneficios de Seguro de Desempleo, cualquier y todo otro tipo de beneficios, manutención de hijos y manutención de cónyuge, cuentas bancarias y cualquier otra información sobre ingresos, bienes o composición del hogar. Adicionalmente, yo o nosotros damos el consentimiento a la Autoridad de Viviendas a verificar cualquier gasto de cuidado de niños, gastos médicos, gastos de ayuda de incapacidad, la posición de estudiante de tiempo completo y posición de incapacidad, e historial criminal. Yo o nosotros comprendemos que esta información será mantenida confidencialmente y que se pide con el propósito de determinar si nos calificamos para recibir ayuda de vivienda.

Yo/Nosotros entendemos que esta información puede ser divulgada a agencias públicas y con agencias del orden público con el objetivo de asegurar la integridad del programa y prevenir el mal uso de fondos públicos.

Yo o nosotros autorizamos también que este formulario sea fotocopiado y usado como original.

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR MAYORES DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR.

Este formulario de consentimiento se vence 3 años después del final de la participación en el Programa.

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta (*Print Name*)

\_\_\_\_\_  
 Firma (*Signature*)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta (*Print Name*)

\_\_\_\_\_  
 Firma (*Signature*)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta (*Print Name*)

\_\_\_\_\_  
 Firma (*Signature*)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta (*Print Name*)

\_\_\_\_\_  
 Firma (*Signature*)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (*Date*)

# Authorization for the Release of Information/ Privacy Act Notice

to the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD)  
and the Housing Agency/Authority (HA)

U.S. Department of Housing  
and Urban Development  
Office of Public and Indian Housing

OMB CONTROL NUMBER: 2501-0014

exp. 07/31/2021

PHA requesting release of information; **(Cross out space if none)**  
(Full address, name of contact person, and date)

IHA requesting release of information; **(Cross out space if none)**  
(Full address, name of contact person, and date)

**Authority:** Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993. This law is found at 42 U.S.C. 3544.

This law requires that you sign a consent form authorizing: (1) HUD and the Housing Agency/Authority (HA) to request verification of salary and wages from current or previous employers; (2) HUD and the HA to request wage and unemployment compensation claim information from the state agency responsible for keeping that information; (3) HUD to request certain tax return information from the U.S. Social Security Administration and the U.S. Internal Revenue Service. The law also requires independent verification of income information. Therefore, HUD or the HA may request information from financial institutions to verify your eligibility and level of benefits.

**Purpose:** In signing this consent form, you are authorizing HUD and the above-named HA to request income information from the sources listed on the form. HUD and the HA need this information to verify your household's income, in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. HUD and the HA may participate in computer matching programs with these sources in order to verify your eligibility and level of benefits.

**Uses of Information to be Obtained:** HUD is required to protect the income information it obtains in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD may disclose information (other than tax return information) for certain routine uses, such as to other government agencies for law enforcement purposes, to Federal agencies for employment suitability purposes and to HAs for the purpose of determining housing assistance. The HA is also required to protect the income information it obtains in accordance with any applicable State privacy law. HUD and HA employees may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of the income information that is obtained based on the consent form. **Private owners may not request or receive information authorized by this form.**

**Who Must Sign the Consent Form:** Each member of your household who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the household or whenever members of the household become 18 years of age.

Persons who apply for or receive assistance under the following programs are required to sign this consent form:

- PHA-owned rental public housing
- Turnkey III Homeownership Opportunities
- Mutual Help Homeownership Opportunity
- Section 23 and 19(c) leased housing
- Section 23 Housing Assistance Payments
- HA-owned rental Indian housing
- Section 8 Rental Certificate
- Section 8 Rental Voucher
- Section 8 Moderate Rehabilitation

**Failure to Sign Consent Form:** Your failure to sign the consent form may result in the denial of eligibility or termination of assisted housing benefits, or both. Denial of eligibility or termination of benefits is subject to the HA's grievance procedures and Section 8 informal hearing procedures.

### Sources of Information To Be Obtained

State Wage Information Collection Agencies. (This consent is limited to wages and unemployment compensation I have received during period(s) within the last 5 years when I have received assisted housing benefits.)

U.S. Social Security Administration (HUD only) (This consent is limited to the wage and self employment information and payments of retirement income as referenced at Section 6103(l)(7)(A) of the Internal Revenue Code.)

U.S. Internal Revenue Service (HUD only) (This consent is limited to unearned income [i.e., interest and dividends].)

Information may also be obtained directly from: (a) current and former employers concerning salary and wages and (b) financial institutions concerning unearned income (i.e., interest and dividends). I understand that income information obtained from these sources will be used to verify information that I provide in determining eligibility for assisted housing programs and the level of benefits. Therefore, this consent form only authorizes release directly from employers and financial institutions of information regarding any period(s) within the last 5 years when I have received assisted housing benefits.



**Consent: I consent to allow HUD or the HA to request and obtain income information from the sources listed on this form for the purpose of verifying my eligibility and level of benefits under HUD's assisted housing programs. I understand that HAs that receive income information under this consent form cannot use it to deny, reduce or terminate assistance without first independently verifying what the amount was, whether I actually had access to the funds and when the funds were received. In addition, I must be given an opportunity to contest those determinations.**

This consent form expires 15 months after signed.

Signatures:

_____	_____		
Head of Household	Date		
_____		_____	_____
Social Security Number (if any) of Head of Household		Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Spouse	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date

**Privacy Act Notice.** Authority: The Department of Housing and Urban Development (HUD) is authorized to collect this information by the U.S. Housing Act of 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. 2000d), and by the Fair Housing Act (42 U.S.C. 3601-19). The Housing and Community Development Act of 1987 (42 U.S.C. 3543) requires applicants and participants to submit the Social Security Number of each household member who is six years old or older. Purpose: Your income and other information are being collected by HUD to determine your eligibility, the appropriate bedroom size, and the amount your family will pay toward rent and utilities. Other Uses: HUD uses your family income and other information to assist in managing and monitoring HUD-assisted housing programs, to protect the Government's financial interest, and to verify the accuracy of the information you provide. This information may be released to appropriate Federal, State, and local agencies, when relevant, and to civil, criminal, or regulatory investigators and prosecutors. However, the information will not be otherwise disclosed or released outside of HUD, except as permitted or required by law. Penalty: You must provide all of the information requested by the HA, including all Social Security Numbers you, and all other household members age six years and older, have and use. Giving the Social Security Numbers of all household members six years of age and older is mandatory, and not providing the Social Security Numbers will affect your eligibility. Failure to provide any of the requested information may result in a delay or rejection of your eligibility approval.

**Penalties for Misusing this Consent:**

HUD, the HA and any owner (or any employee of HUD, the HA or the owner) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form.

Use of the information collected based on the form HUD 9886 is restricted to the purposes cited on the form HUD 9886. Any person who knowingly or willfully requests, obtains or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000.

Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD, the HA or the owner responsible for the unauthorized disclosure or improper use.

# Autorización para la Divulgación de información / Notificación de la Ley de privacidad

al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. (HUD) )  
y la Agencia/Autoridad de Vivienda (HA)

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.  
Oficina de Vivienda Pública e Indígena

NÚMERO DE CONTROL OMB: 2501-0014

exp. 31/07/2017

PHA que solicita divulgación de información; **(Tachar el espacio si no hay)**  
(Dirección completa, nombre de persona de contacto y fecha)

IHA que solicita divulgación de información: **(Tachar el espacio si no hay)**  
(Dirección completa, nombre de persona de contacto y fecha)

Housing Authority of the County of Santa Cruz  
2160 41<sup>st</sup> Avenue  
Capitola, CA 95010-2040  
Teléfono: (831) 454-9455

**Autoridad:** La Sección 904 de las Enmiendas a la Ley Stewart B. McKinney de Asistencia para las Personas sin Hogar de 1988, según enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria de 1993. Esta ley se encuentra en el Título 42 del U.S.C. [Código de los EE.UU.] 3544.

Esta ley requiere que usted firme un formulario de consentimiento que da autorización para que: (1) HUD y la Agencia/Autoridad de Vivienda (HA) soliciten la verificación de salarios y sueldos de empleadores actuales o previos; (2) HUD y la HA soliciten información sobre reclamaciones de sueldo y de compensación por desempleo de la agencia estatal responsable de mantener dicha información; (3) HUD solicite cierta información sobre la declaración de impuestos de la Administración de Seguro Social de los EE.UU. y del

Servicio de Impuestos Internos de los EE.UU. La ley también requiere la verificación independiente de la información sobre los ingresos. Por lo tanto, HUD o la HA puede solicitar información a instituciones financieras para verificar su elegibilidad y niveles de beneficios.

**Propósito:** Al firmar este formulario de consentimiento, usted está autorizando a HUD y a la HA arriba mencionada para solicitar información sobre los ingresos a las fuentes nombradas en el formulario. HUD y la HA precisan esta información para verificar los ingresos de su hogar con el fin de asegurarse de que usted sea reúne los requisitos para recibir beneficios de asistencia de vivienda y que dichos beneficios estén fijados al nivel correcto. Es posible que HUD y la HA participen en programas de asociación con computadoras con estas fuentes para verificar su elegibilidad y los niveles de beneficios.

**Usos de la información a ser obtenida:** HUD está obligado a proteger la información que obtiene sobre los ingresos de acuerdo a lo dispuesto en la Ley de Privacidad de 1974, Título 5 del U.S.C. 552a. HUD puede divulgar información (que no sea información sobre la declaración de impuestos) para ciertos usos rutinarios, tales como a otras agencias gubernamentales para fines del orden público, a agencias federales para fines de idoneidad de empleo y a las HA para fines de determinar la asistencia para la vivienda. La HA también está obligada a proteger la información que obtiene sobre la vivienda de acuerdo a lo dispuesto en cualquier ley estatal sobre la privacidad aplicable. Los empleados de HUD y la HA pueden estar sujetos a multas por divulgaciones no autorizadas o indebidas de la información sobre los ingresos que se obtiene basadas en el formulario de consentimiento. **Los propietarios privados no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

**Quién debe firmar este formulario de consentimiento:** Cada miembro de su hogar de 18 años de edad o mayor debe firmar el formulario de consentimiento. Se deben obtener firmas adicionales de nuevos miembros

adultos que se unen al hogar, o cada vez que los miembros del hogar cumplan los 18 años de edad.

Las personas que solicitan o reciben asistencia bajo los siguientes programas están obligadas a firmar este formulario de consentimiento:

Vivienda pública de alquiler perteneciente a la PHA

Oportunidades para compradores de vivienda Llave en mano III

Oportunidad para compradores de vivienda de ayuda mutua Vivienda alquilada de la Sección 23 y 19(c) Pagos de asistencia para la vivienda de la Sección 23 Vivienda de alquiler para indígenas de propiedad de la HA

Certificado de alquiler de la Sección 8 Vale de alquiler de la Sección 8 Rehabilitación moderada de la Sección 8

**Si no se firma el formulario de consentimiento:** Si usted no firma el formulario de consentimiento es posible que se le deniegue su elegibilidad o se pueden dar por terminados sus beneficios de asistencia para la vivienda, o ambos. La denegación de elegibilidad o la terminación de beneficios están sujetos a los trámites de queja de la HA y a los trámites de audiencia informal de la Sección 8.

## Fuentes de información a ser obtenida

Agencias de recolección de información sobre salarios del estado. (Este consentimiento está limitado a salarios y compensación por desempleo que he recibido durante período(s) de tiempo dentro de los últimos cinco años cuando he recibido beneficios de asistencia para la vivienda).

Administración del Seguro Social de los EE.UU. (solamente HUD) (Este consentimiento está limitado a la información sobre salario y trabajo por cuenta propia y pagos de ingresos de jubilación según la referencia en la Sección 6103(l)(7)(A) del Código Fiscal).

Servicio de Impuestos Internos de los EE.UU. (solamente HUD) (Este consentimiento está limitado a ingresos no devengados \ [es decir, intereses y dividendos]).

También se puede obtener información directamente: (a) de empleadores actuales y antiguos con respecto a salario y sueldos y, (b) de instituciones financieras con respecto a ingresos no devengados (es decir, intereses y dividendos). Entiendo que la información sobre ingresos obtenida de estas fuentes será utilizada para verificar la información que proporciono con el fin de determinar si reúno los requisitos para los programas de asistencia de vivienda y el nivel de los beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento solo autoriza la divulgación directamente de empleadores e instituciones financieras de información relativa a todo período dentro de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia de vivienda.

**Consentimiento:** Consiento en permitir que HUD o la HA solicite y obtenga información sobre ingresos de las fuentes nombradas en este formulario para los fines de verificar mi elegibilidad y nivel de beneficios bajo los programas de asistencia de vivienda de HUD. Entiendo que las HA que reciban información sobre ingresos bajo este formulario de consentimiento no pueden utilizarla para denegar, reducir o dar por terminada la asistencia sin primero verificar independientemente lo que fue la cantidad, si de hecho tuve acceso a los fondos y cuando se recibieron los fondos. Además, se me debe dar la oportunidad para disputar dichas determinaciones.

Este formulario de consentimiento vence 15 meses después de haberse firmado.

Firmas:

_____	_____		
Jefe de familia	Fecha		
_____		_____	_____
Número del Seguro Social (si lo hay) del Jefe de familia		Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Cónyuge	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha

**Notificación de la Ley de privacidad.** Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado para reunir esta información en virtud de la Ley de la Vivienda de los EE.UU. de 1937 (Título 42 del U.S.C. 1437 y siguientes). Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título 42 del U.S.C. 2000d), y por la Ley de Equidad en la Vivienda (Título 42 del U.S.C 3601-19). La Ley de la Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (Título 42 del U.S.C. 3543) requiere que los solicitantes y participantes presenten el Número del Seguro Social de cada miembro del hogar de seis años de edad o mayor. Propósito: HUD está reuniendo información sobre sus ingresos y otra información para determinar su elegibilidad, el tamaño apropiado del dormitorio (es decir, la recámara) y la cantidad que pagará su familia por el alquiler y los servicios públicos. Otros usos: HUD utiliza la información sobre ingresos familiares y otra información para ayudar con la gestión y vigilancia de los programas de asistencia de vivienda de HUD, para proteger los intereses financieros del gobierno y para verificar la precisión de la información que usted provee. Esta información puede ser divulgada a agencias federales, estatales y locales correspondientes cuando sea relevante, y a investigadores civiles, penales o regulatorios y a fiscales. Sin embargo, la información no será de otra forma divulgada o revelada fuera de HUD, con excepción de lo que permita o requiera la ley. Multa: Usted debe proveer toda la información solicitada por la HA, la cual incluye todos los Números del Seguro Social que usted y todos los demás miembros del hogar de seis años de edad o mayores tengan o utilicen. Es obligatorio proveer los Números del Seguro Social de todos los miembros del hogar de seis años de edad o mayores, y el no proporcionar los Números del Seguro Social afectará su elegibilidad. El no proveer cualquier parte de la información solicitada puede causar una demora o rechazo de la aprobación de su elegibilidad.

**Multas por el uso ilícito de este consentimiento:**

HUD, la HA y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD, la HA o el propietario) puede estar sujeto a multas por divulgaciones no autorizadas o uso impropio de la información reunida basada en el formulario de consentimiento.

El uso de la información reunida basada en el formulario HUD 9886 está limitado a los fines citados en el formulario HUD 9886. Cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente obtiene o divulga información alguna de manera fraudulenta relacionada a un solicitante o participante puede estar sujeta a delito menor y multada por no más de \$5,000.

Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede entablar una acción civil por daños y perjuicios y solicitar otra reparación, según corresponda, contra el funcionario o empleado de HUD, de la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso impropio.