



2160 41st Avenue, Capitola, CA 95010, Phone: (831)454-9455 Fax: (831) 469-3712

FORMULARIO DE ESTADO DE LA LISTA DE ESPERA

Marque aquí si está reportando nueva información Marque Aquí para verificar su ubicación en la lista de espera

Utilice este formulario para actualizar su información (incluyendo su dirección) o verificar el estado de su lista de espera. Cuando la Autoridad de Vivienda reciba y procese su formulario completado, le enviaremos una carta confirmando que hemos recibido su información y verificando su estado en la Lista de Espera. Tenga en cuenta que debe mantenernos informados, por escrito o a través de nuestro portal en línea, de cualquier cambio en su información de contacto para que podamos comunicarnos con usted cuando sea su turno para una determinación de elegibilidad. Si las cartas le son devueltas a la autoridad de viviendas por tener dirección incorrecta, no volveremos a intentar comunicarnos con usted y su nombre se cancelará de la lista de espera.

Lista de espera: Programa HCV de la Sección 8 de Santa Cruz Programa HCV de la Sección 8 de Hollister/ San Juan Bautista Otro: _____

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA INFORMACIÓN SOLICITADA A CONTINUACIÓN:

1. Nombre: _____ 2. Inicial del segundo nombre: _____ 3. Apellido: _____
4. Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ 5. Fecha de nacimiento: _____
6. Teléfono: (____) _____ - _____ 7. Otro teléfono: (____) _____ - _____
8. Correo electrónico (al proporcionar un correo electrónico, autorizo a la Autoridad de Viviendas a enviarme correos electrónicos): _____
9. Dirección de residencia actual: _____
10. Dirección postal actual (*requerida si es diferente a la dirección de residencia*): _____
11. ¿Es actualmente una persona sin hogar? No Sí (Tenga en cuenta que aún se debe proporcionar una dirección postal).
12. Ingreso anual total del hogar \$ _____
13. ¿En qué idioma prefiere comunicarse? inglés español TDD Otros: _____
14. Indique cualquier característica especial que necesitaría para acomodar a un miembro de su hogar con discapacidades: Acceso auditivo Acceso a la movilidad Acceso a la vista
15. Nombre que usé cuando puse mi nombre en la lista: _____
16. Fecha o fecha aproximada en que coloqué mi nombre en la lista: Mes: _____ Año: _____
17. ¿Es usted, o algún miembro de su hogar, una persona en servicio militar actual o un veterano de cualquier rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o el cónyuge sobreviviente de un veterano? No Sí

Información sobre la elegibilidad de programas especiales

Marque todo lo que corresponda	Seleccione las preferencias que se aplican a su hogar	Descripción
<input type="checkbox"/>	Trabajador agrícola activo	¿Su hogar incluye algún trabajador agrícola?
<input type="checkbox"/>	Discapacitados - no ancianos	¿Su hogar incluye algún miembro del hogar que sea un adulto discapacitado entre las edades de 18 a 62 años?
<input type="checkbox"/>	Trabajador agrícola local jubilado/discapacitado	¿Su hogar incluye alguien que anteriormente fue un trabajador agrícola, antes de jubilarse o quedar discapacitado?
<input type="checkbox"/>	Vivir/Trabajar en el Condado de San Benito	¿Usted o su cónyuge/pareja doméstica registrada viven, trabajan o han sido contratados para trabajar en el condado de San Benito?
<input type="checkbox"/>	Vivir/Trabajar en el Condado de Santa Cruz	¿Usted o su cónyuge/pareja de hecho registrada viven, trabajan o han sido contratados para trabajar en el condado de Santa Cruz?



2160 41st Avenue, Capitola, CA 95010, Phone: (831)454-9455 Fax: (831) 469-3712

Miembros del Hogar: Complete la tabla a continuación para TODOS los miembros del hogar. Use otra página para miembros adicionales del hogar si es necesario.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Género (M/F)	Relación con el cabeza de familia	¿Esta persona desea reclamar el estado de discapacidad?	Origen étnico- ¿hispano o Latino?	Raza (ver abajo para las categorías)
					<i>Cabeza De la Familia</i>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

- 1 - indio americano o nativo de Alaska.
- 2 - asiático.
- 3 - negro o afroamericano.
- 4 - nativo de Hawái u otras islas del Pacífico.
- 5 - blanco

Nombre en letra de imprenta: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____
(Cabeza de la familia)

Los formularios completados se pueden enviar en persona o enviar por correo a 2160 41st Ave. Capitola, CA 95010. Los formularios también se pueden enviar por correo electrónico a waitlist@hacosantacruz.org o enviado por fax a 831-469-3712.