



SOLICITUD PARA CONTINUAR RECIBIENDO AYUDA DE VIVIENDA DECLARACIÓN PERSONAL Y FINANCIERA STATEMENT

ESTA INFORMACIÓN SE NECESITA PARA DETERMINAR SI SE CALIFICA PARA RECIBIR AYUDA DE VIVIENDA. ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO TOTALMENTE. TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTE FORMULARIO SERÁ VERIFICADA POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS. **SI USTED MIENTE U OMITE INFORMACIÓN, SU AYUDA SERÁ TERMINADA Y USTED DEBERÁ DEVOLVER TODA LA AYUDA QUE SE HAYA SOBREPAGADO DEBIDO AL FRAUDE.** TODOS LOS ADULTOS DEBEN LEER Y FIRMAR LA CERTIFICACIÓN EN LA PÁGINA 7 DE ESTE FORMULARIO.

I. INFORMACIÓN PARA CONTACTO

Nombre legal completo de la persona principal de la familia: _____

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

Dirección del hogar: _____ Dirección postal: _____

Dirección de e-mail (si es pertinente): _____

II. COMPOSICIÓN ACTUAL DEL HOGAR

Mencione todas las personas (incluyendo cualquier ayudante en la vivienda) que viven actualmente en su hogar como residencia principal. Si está en una casa compartida (alquilando parte de una casa o apartamento) no incluya los co-ocupantes que no son parte de su propio hogar. Ponga primero la persona principal de la familia. Adjunte otras hojas si fuera necesario. Si desea pedir aprobación para hacer algún cambio en la composición del hogar, debe completar la Solicitud para Agregar Nuevos Miembros o el Pedido para Retirar Miembros del Hogar, disponible en nuestra página de Web en www.hacosantacruz.org, en nuestra oficina, o llamando al Centro de Información al (831) 454-5955.

A. Adultos (18 +) Nombre legal completo (Ejemplo: Juan López)	Fecha de nacimiento (21/09/1964)	Título del puesto / Ocupación (Enfermero)	Relación con la persona principal de la familia (esposa)	Número de Seguro Social (123-45-6789)	Porcentaje del tiempo que el adulto vive en la unidad que recibe ayuda (100%)
			Persona principal		
B. Niños (menores de 18 años) Nombre legal completo (Ejemplo: Juan A. López)	Fecha de nacimiento (22/07/2008)	Nombre/Dirección de la escuela o pre-escuela (Harbor High, Santa Cruz)	Relación con la persona principal de la familia (hijo)	Número de Seguro Social (123-45-6789)	Porcentaje de tiempo que el niño vive en la unidad que recibe ayuda (100%)

C. Miembros de la Familia que no viven con Ud. – Mencione padres ausentes de niños menos de 18 años, ex parejas de divorcio o miembros separados, y niños menores de edad de cualquier miembro de la familia que no menciono arriba.

Adjunte formas adicionales si es necesario.

Nombre	Relación	Dirección	Número de Teléfono	Fecha del último contacto que tuvo con esta persona

III. INGRESOS DEL HOGAR – TODOS LOS INGRESOS DEBEN COMUNICARSE

A. Ingresos por Empleo

1. ¿Recibe CUALQUIER miembro adulto del hogar (mayor de 18 años) CUALQUIERA de los siguientes tipos de ingresos relacionados al empleo?

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

Si respondió NO a todo lo anterior, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 2.

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

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

B. Alimony / Mantenimiento de cónyuge y Mantenimiento de hijos

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

Si respondió NO a cualquiera de lo anterior, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 3.

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

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

C. Ingresos no Provenientes de Empleo

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

Sí No (**Nadie en el hogar recibe ninguno de los tipos de ingresos arriba mencionados.**)

Si respondió NO a lo anterior, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 4.

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

Persona recibiendo los ingresos	Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD) Desempleo (UIB)	Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD) Incapacidad	Beneficios de Seguro Social/SSB e Ingresos Suplementarios/SSI	Beneficiosa Veteranos	Cash Aid / Bienestar Social (CalWORKS, AFDC, TANF, GA, KinGap)
<i>Ejemplo:: Sue</i>	<i>None</i>	<i>\$685</i>	<i>None</i>	<i>None</i>	<i>\$380</i>

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

Sí No (**Nadie en el hogar recibe Compensación del Trabajador o pagos por niño adoptado o en cuidado provisorio.**)

SI RESPONDIÓ NO a lo anterior, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 5.

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

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

5. ¿Paga **cualquier** persona que no viva en su hogar (como un amigo, pariente, o agencia) cualquiera de las cuentas de su hogar o gastos hechos por usted, o le da a un miembro de su hogar dinero o cualquier contribución no-monetaria o regalos (como abarrotes, productos o servicios)? Sí No

Si respondió NO a lo anterior, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 6.

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

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

6. ¿Recibe **cualquier** persona en el hogar **CUALQUIER OTRA AYUDA O INGRESO** (como un beneficio o servicio) que no haya sido mencionado en este formulario? Sí No

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

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

IV. BIENES – TODOS LOS BIENES DEBEN SER COMUNICADOS

D. Cuentas bancarias

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

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

Si respondió SÍ, Debe enviar todas las páginas de su estado más reciente de cada cuenta que tenga.

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

Nombre y dirección de la Institución financiera o Banco	Todos los nombres en la cuenta	Número de cuenta	Tipo de cuenta (cheques, ahorros, etc.)	Balance actual	Interés anual ganado
				\$ _____	\$ _____
				\$ _____	\$ _____
				\$ _____	\$ _____

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

8. ¿Tiene **CUALQUIER PERSONA** en el hogar una de las siguientes?

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

SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA DE LO ANTERIOR, use el espacio abajo provisto para dar la información requerida. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario. Debe enviar todas las páginas de su estado más reciente de cada cuenta que tenga.

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

9. ¿Tiene cualquier persona en su hogar OTROS BIENES que no hayan sido comunicados en este formulario? Sí No

Si respondió SÍ, use los renglones abajo provistos para dar la información requerida sobre otros bienes. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario. Debe enviar todas las páginas de su estado de valoración más reciente para todos estos otros activos. Incluya los intereses / dividendos / ingresos anuales ganados.

F. Disposición de Bienes

10. En los últimos dos años, **cualquier persona** en su hogar ¿ha vendido o regalado cualquier tipo de bienes (como dinero, cuentas bancarias, casa, terreno, casa movable, propiedad inmobiliaria, cuenta de inversión, cuenta para jubilación, póliza de seguro de vida o cualquier otro bien)? Sí No

SI RESPONDIÓ NO a lo anterior, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 11.

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

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

V. CONCESIONES

G. Gastos del cuidado de los niños

11. ¿Tiene CUALQUIER persona en su hogar gastos de cuidado de un niño menor de 12 años para permitirle a un miembro del hogar trabajar, buscar trabajo o mejorar su educación (académica o vocacional)? Sí No

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

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 sean reembolsados por una agencia o persona fuera del hogar. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

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

H. Gastos médicos y ayuda por incapacidad

En base a sus respuestas a las siguientes preguntas, la Autoridad de Viviendas quizá se comunique con usted para obtener información adicional para determinar si se califica usted o no para estas concesiones. Por favor, tenga en cuenta que no es necesario responder a esta pregunta o divulgar cualquier información acerca del estado de incapacidad de cualquier miembro del hogar. Sin embargo, con el estatus de discapacidad puede tener un impacto en el nivel de subsidio que usted podría ser elegible para recibir

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

13. ¿Es la persona principal de la familia o su esposa/o mayor de 62 años? Sí No

a) **Si respondió Sí a la pregunta 12 ó 13,** ¿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

b) Por favor, estime el monto total de sus gastos médicos no reembolsados para los próximos 12 meses:
\$ _____

La Autoridad de Vivienda aplica una deducción estándar de \$1,500 para hogares de personas mayores o con discapacidades cuyos gastos médicos superen este límite. Es posible que se requiera documentación adicional.

14. ¿Cree que necesitará pagar en los próximos 12 meses a ayudantes para cuidar a un miembro del hogar discapacitado, o por equipos médico, para permitirle trabajar al miembro del hogar discapacitado o a otro miembro de la familia?
 Sí No

I. Condición de estudiante

15. ¿Está cualquier adulto que vive (mayor de 18 años) en su hogar matriculado en cualquier clase en una institución a nivel universitario? Yes No

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

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

Nombre del estudiante	Nombre de la escuela	Estatus de Estudiante	Dirección de la escuela
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	

J. Información adicional

16. ¿Participa algún miembro de su hogar en un programa de autosuficiencia económica u otra capacitación para empleo?
 Sí No; Si respondió Sí, ¿qué miembro(s) del hogar? _____
- a) SI RESPONDIÓ SÍ A LA PREGUNTA 16 ANTERIOR, ¿ha recibido algún miembro de su hogar recientemente un aumento en sus ganancias como empleado durante la participación en un programa de autosuficiencia económica u otra capacitación para empleo? Sí No; ¿qué miembro(s) del hogar? _____
17. ¿Ha recibido recientemente algún miembro de su hogar un aumento en sus ganancias como empleado después de haber estado sin empleo por un año o más, O después de haber ganado menos de \$3.750 en el último año?
 Sí No; ¿qué miembro(s) del hogar? _____
18. ¿Ha recibido recientemente algún miembro de su hogar un aumento en sus ganancias como empleado durante o dentro de 6 meses después de haber recibido ayuda de TANF o Welfare to Work?
 Sí No; ¿qué miembro(s) del hogar? _____

VI. ANTECEDENTES CRIMINALES

Las reglamentaciones federales requieren que la Autoridad de Viviendas revise los antecedentes criminales de solicitantes e inquilinos y termina la participación de algunos participantes en base a sus antecedentes criminales. **LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR UN CHEQUEO DE ANTECEDENTES CRIMINALES DE CUALQUIERA Y TODOS LOS SOLICITANTES O INQUILINOS PARA VERIFICAR LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN PROVISTA A CONTINUACIÓN Y PARA OBTENER CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL CONSIDERADA NECESARIA POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS.**

19. ¿Ha sido arrestado usted o cualquier miembro de su hogar en los últimos doce meses? Sí No

SI RESPONDIÓ NO a lo anterior, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 20.

SI RESPONDIÓ SÍ a lo anterior, por favor explique, incluyendo el nombre del miembro o los miembros del hogar, la fecha del arresto, la descripción del crimen, el nivel de la ofensa y cualquier otra información relevante. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Name: _____ Date of Arrest: _____ Misdemeanor Felony
 Description of Crime: _____
 Comments: _____

20. ¿Ha debido usted o cualquier miembro de su hogar registrarse como ofensor sexual en los últimos doce meses?
 Sí No

SI RESPONDIÓ NO a lo anterior, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la sección Certificaciones.

SI RESPONDIÓ SÍ, por favor explique, incluyendo el nombre del o de los miembros del hogar, la fecha y el nivel de la ofensa.

Name: _____ Date of Arrest: _____ Misdemeanor Felony

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

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

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

X

Print Head of Household Name

Signature of Head of Household

Date

X

Print Name

Signature of Other Adult

X

Print Name

Signature of Other Adult

X

Print Name

Signature of Other Adult



2160 41st 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*)

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 remains effective until the earliest of (i) the rendering of a final adverse decision for an assistance applicant; (ii) the cessation of a participant’s eligibility for assistance from HUD and the PHA; or (iii) The express revocation by the assistance applicant or recipient (or applicable family member) of the authorization, in a written notification to HUD or the PHA.

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 Advisory. 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). Purpose: This form authorizes HUD and the above-named HA to request income 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. 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 and the HA (or any employee of HUD or the HA) 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 or the HA for the unauthorized disclosure or improper use.

OMB Burden Statement. The public reporting burden for this information collection is estimated to be 0.16 hours for new admissions and .08 hours for household members turning 19, including the time for reviewing, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Collection of information income and assets is required for program eligibility determination purposes. The submission of the consent form is necessary (form-HUD 9886) so that PHAs can carry out the requirements of 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 (42 U.S.C. 3544) and Section 104 of HOTMA to ensure that HUD and PHAs can verify eligibility and income information for applicants and participants. This information collection is protected from disclosure by the Privacy Act. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions to reduce this burden, to the Office of Public and Indian Housing, US. Department of Housing and Urban Development, Washington, DC 20410. When providing comments, please refer to OMB Approval No. 2577-0295. HUD may not conduct and sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless the collection displays a valid control number.

Authorization for the Release of Information/Privacy Act Notice to the U.S. Department of Housing and Urban Development and the Housing Agency/Authority (HA)

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

PHA or IHA requesting release of information (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 you to 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; and (3) HUD to request certain tax return information from the U.S. Social Security Administration and the U.S. Internal Revenue Service.

Section 104 of the Housing Opportunity and Modernization Act of 2016. The relevant provisions are found at 42 U.S.C. 1437n . This law requires you to sign a consent form authorizing the HA to request verification of any financial record from any financial institutions as defined in the Right to Financial Privacy Act (12 U.S.C. 3401)), whenever the HA determines the record is needed to determine an applicant's or participant's eligibility for assistance or 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 family who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the family or whenever members of the family become 18 years of age.

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

- Public Housing
- Housing Choice 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.

Revocation of consent: If you revoke consent, the PHA will be unable to verify your information, although the data matches between HUD and other agencies will continue to automatically occur in the Enterprise Income Verification (EIV) System if the family is not terminated from the program.

Sources of Information to be Obtained

State Wage Information Collection Agencies. (This consent is limited to wages and unemployment compensation I have received 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 as defined in the Right to Financial Privacy Act (12 U.S.C. 3401), whenever the HA determines the record is needed to determine an applicant's or participant's eligibility for assistance or level of benefits. 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.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SU RE-EXAMINACION ANUAL

INGRESOS

- Salario: Debe proveer tres talones consecutivos de los cheques salariales mas actuales de todos los miembros adultos del hogar que esten empleados, incluyendo a menores que vayan a cumplir 18 años en los próximos cuatro años. Por lo menos uno de los tres talones de los cheques salariales debe llevar fecha dentro de 30 dias de la fecha de esta carta.
- Auto empleo: Si cualquier adulto en el hogar trabaja por su cuenta, debe presentar una copia completa de los formularios de impuestos a las ganancias presentados mas recientemente, incluyendo el formulario
 - I040 del IRS, y el Schedule C / Schedule SE si fuera pertinente. Además, por favor presente una declaración de perdidas y ganancias de los ultimas doce meses o complete una Certificación de Empleo que puede bajar de nuestro sitio en www.hacosantacruz.org; tambien la puede encontrar en nuestra oficina principal.
- Segura Social (SS) o Ingresos de Seguro Suplementario (SSI): Debe presentar el original y todas las paginas de la declaración actual de la carta de beneficios o de la notificación de acción de cualquier fuente de pension de Seguro Social y/o de Seguro Social Suplementario mostrando la cantidad de los beneficios que usted o los miembros de su hogar reciben al presente. La carta debe llevar fecha dentro de 30 dias de la fecha de esta carta. Si no tiene una carta actual de beneficios o una notificación de acción y necesita obtener una nueva de la Administración del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite su sitio en Internet en www.ssa.gov. Si sus beneficios han sido reducidos por cualquier razón, por favor presente una carta actual de los beneficios de Seguro Social mostrando la cantidad de reembolso mensual y el balance restante.
- Incapacidad Estatal / Desempleo / Compensación al trabajador: Debe presentar el original de la carta de beneficios actual o los talones originales actuales de usted o de cualquier miembro de su familia que reciba ayuda estatal por incapacidad, beneficios de desempleo o compensación al trabajador. La carta de beneficios o los talones de cheques deben llevar fecha dentro de 30 dias de la fecha de esta carta.
- Otros Beneficios: Debe presentar todas las paginas originales de una carta actual de declaración de beneficios o notificación de acción de cualquier tipo de Cash Aid o Ayuda de Bienestar Social (Welfare Assistance), como ayuda Temporal para familias Necesitadas (TANF), previamente llamada Ayuda a Familias con Niños Dependientes (AFDC), CALWORKS, General Assistance, o Beneficios de Veteranos, mostrando todos los beneficios que usted o los miembros de su hogar reciben al presente. La declaración o notificación de acción debe llevar fecha dentro de 30 dias de la fecha de esta carta.
- Pension alimenticia / Manutención de hijos: Debe presentar un cuadro de las cantidades recibidas durante los ultimos 12 meses como pago de pension alimenticia o manutención de hijos. La documentación de manutención de hijos puede ser bajada del sitio en Internet del Departamento de Servicios de Manutención de hijos en www.childsup.ca.gov.
- Todos y cualquier otro ingreso, incluyendo beneficios, regalos y contribuciones: debe presentar la documentación original actual de cualquiera y todos los ingresos adicionales recibidos por usted o por cualquier miembro del hogar. Ejemplos de otros ingresos incluyen:

timbres alimenticios, ayuda financiera, cupones para el cuidado de niños, pagos por crianza temporal o ayuda por adopción, contribuciones de cualquier persona fuera de su hogar, etc.

BIENES

- Cuentas Bancarias: Debe presentar todas las paginas de una declaración de cuenta actual de todas las cuentas de cheques, de ahorros y de cualquier otro tipo de cuenta bancaria. La declaración puede ser el original o una versión impresa de la computadora, pero debe incluir el nombre de la persona principal de la cuenta, el balance y el nombre y dirección del banco. Las declaraciones deben llevar fecha dentro de 30 días de la fecha de esta carta.
- Otros Bienes: Para todos los demas bienes (como acciones, bonos, certificados de depósito (CD's), y demas bienes mencionados en la Declaración Personal y Financiera) debe presentar el original de las declaraciones actuales de la institución financiera. Las declaraciones deben llevar fecha dentro de 30 días de la fecha de esta carta.

ASIGNACIONES

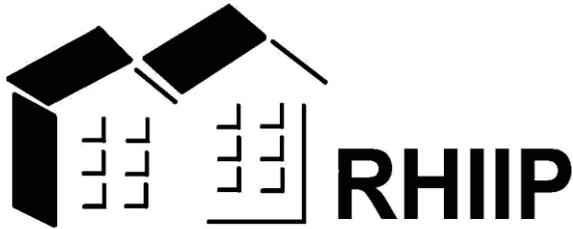
Cuidado de Niños: Si usted o cualquier miembro del hogar tiene gastos de su propio bolsillo (no reembolsado) para el cuidado de niños, debe presentar documentación de los gastos. La documentación de pagos por el cuidado de niños puede incluir una factura, un contrato u otra declaración actual de su proveedor de cuidado infantil. Si no se provee documentación adecuada, su hogar no recibira una asignación para el cuidado de niños.

Condición de estudiante a tiempo completo: Si usted o cualquier adulto es estudiante a tiempo completo, debe presentar documentación de su condición de estudiante a tiempo completo. La documentación como estudiante a tiempo completo puede incluir la declaración actual de las clases que esta tomando, la declaración actual de matriculación, o cualquier otra documentación extendida por la institución educativa. La documentación debe incluir el nombre del estudiante, el nombre de la escuela y el numero de unidades. Se aceptan copias obtenidas de la computadora si proveen la suficiente documentación de la condición del estudiante a tiempo completo. Si no provee la documentación adecuada, la condición de estudiante a tiempo completo no sera otorgada.



U.S. Department of Housing and Urban Development

Office of Public and Indian Housing (PIH)



RENTAL HOUSING INTEGRITY IMPROVEMENT PROJECT

Lo que usted debe Saber sobre EIV

**Una guía para inquilinos & de solicitantes
de vivienda pública y programas de la
sección 8**

¿Qué es EIV?

El sistema de verificación de renta de Enterprise (EIV) es un sistema informático basado en web que contiene información de empleo y los ingresos de las personas que participan en programas de asistencia de alquiler de HUD. Todas agencias de vivienda pública (PHAs) son necesarios para utilizar el sistema EIV de HUD.

¿Qué información se encuentra en EIV y dónde procede?

HUD obtiene información acerca de usted de su PHA local, la administración de seguro social (SSA) y U.S. Departamento de salud y servicios humanos (HHS). HHS ofrece HUD con salario y la información de empleo, según lo informado por los empleadores; y la información de compensación por desempleo, según lo informado por la Agencia Estatal de la fuerza laboral (SWA).

SSA ofrece HUD con la muerte, la seguridad social (SS) y la información de ingresos de seguridad suplementarios (SSI).

¿Qué se usa la información de EIV?

En primer lugar, la información es utilizada por la PHAs (y agentes de administración contratados por PHAs) para los siguientes fines para:

1. Confirmar su nombre, fecha de nacimiento (DOB) y número de seguro Social (SSN) con SSA.
2. Compruebe sus fuentes indicaron que su ingreso y cantidades.
3. Confirmar su participación en un único HUD alquiler asistencia programa.
4. Confirmar si usted debe una deuda pendiente a cualquier PHA.
5. Confirmar cualquier Estado negativo si ha movido de una unidad subvencionada (en el pasado) bajo el programa de vivienda pública o de la sección 8.
6. Seguimiento con usted, a otros miembros adultos del hogar o a su contacto de emergencia lista con respecto a miembros fallecidos por hogar.

EIV enviará una alerta su PHA si usted o alguien de su hogar ha utilizado un SSN falsa, no se pudo obtener información de ingresos completa y precisa de informe, o está recibiendo asistencia de alquiler en otra dirección.

Recuerde que puede recibir asistencia de alquiler en sólo una casa!

EIV que también alertas de PHAs si debemos una deuda pendiente a cualquier PHA (en cualquier Estado o territorio) y ningún Estado negativo cuando usted voluntariamente o involuntariamente se mueve fuera de una unidad subvencionada bajo el programa de vivienda pública o de la sección 8. Esta información se utiliza para determinar su elegibilidad para asistencia de alquiler en el momento de la aplicación.

La información en EIV es también utilizada por HUD, Oficina del Inspector General (OIG de HUD) y auditores para garantizar que su familia y PHAs se cumplan con las reglas de HUD.

En general, el propósito de EIV es identificar y prevenir el fraude dentro de programas de asistencia de alquiler de HUD, por lo que los dólares del contribuyente limitada

pueden ayudar a tantas familias elegibles como sea posible. EIV ayudará a mejorar la integridad de los programas de asistencia de alquiler de HUD.

¿Es mi consentimiento necesario para información a ser obtenida acerca de mí?

Sí, se requiere su consentimiento a fin de que HUD o el PHA para obtener información acerca de usted. Por ley, se requiere firmar uno o varios formularios de consentimiento. Cuando usted firma un formulario de HUD-9886 (*Ley Federal de confidencialidad y autorización para la publicación de información*) o un PHA formulario de consentimiento (que cumple con los estándares de HUD), está dando HUD y la PHA su consentimiento para ellos obtener información acerca de usted con el fin de determinar su elegibilidad y el importe de la ayuda de alquiler. Se utilizará la información recopilada sobre usted sólo para determinar su elegibilidad para el programa, usos adicionales a menos que usted da su consentimiento por escrito a autorizar, de la información por la PHA.

Nota: Si usted o cualquiera de los miembros de su hogar adultos se niegan a firmar un formulario de consentimiento, su solicitud de asistencia de alquiler inicial o continua puede ser denegado. Usted también puede ser terminado desde el programa de asistencia de alquiler de HUD.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Como un inquilino (participante), de un programa de asistencia de alquiler de HUD, usted y cada miembro adulto del hogar deben revelar información completa y precisa a la PHA, incluyendo nombre completo, SSN y DOB; la información de ingresos; y certifica que su hogar denunciado composición (los miembros del hogar), ingresos y gastos información es fiel a lo mejor de su conocimiento.

Recuerde, usted debe notificar a su PHA si muere o se mueve de un miembro de hogar. También debe obtener la PHA de la aprobación para permitir que otros miembros de la familia o amigos mover en su casa **antes de** que se les moviéndose en.

¿Cuáles son las sanciones por proporcionar

información falsa? Proporcionar deliberadamente falsa, inexacta, o información incompleta es **fraude y una delincuencia**.

Si se cometen fraude, usted y su familia pueden estar sujetos a cualquier de las siguientes sanciones:

1. Desalojo
2. Terminación de la asistencia
3. Reembolso de alquiler que usted debe ha pagado
4. Prohibición de recibir asistencia de alquiler futuro
5. Acusación por el fiscal federal, estatal o local, que puede resultar en que ser multado con hasta 10,000 dólares y de la hora de servir en la cárcel.

Protegerse por HUD siguiente requerimientos de

reporting. Al completar aplicaciones y reexaminations, usted o cualquier miembro de su hogar.

Si tienes alguna pregunta sobre si se debe contar dinero recibido como ingresos o cómo se determina su alquiler, **pedir su PHA**. Cuando ocurren cambios en su ingreso familiar, **póngase en contacto con su PHA**

inmediatamente determinar si esto afectará su asistencia de alquiler.

¿Qué hago si la información de EIV es incorrecta?

A veces la fuente de información de EIV puede hacer un error al enviar o información acerca de usted. Si no está de acuerdo con la información de EIV, saber su PHA. Si es necesario, su PHA pondremos en contacto con la fuente de la información directamente para verificar la información de la disputa de los ingresos. A continuación se encuentran los procedimientos que usted y el PHA deben seguir con respecto a información incorrecta de EIV.

Deudas deben a PHAs e información de terminación informo en EIV se origina en la PHA que le proporcionaron ayuda en el pasado. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con su ex PHA directamente por escrito a la disputa de esta información y proporcionar toda la documentación que sea compatible con la disputa. Si el

PHA determina que la información disputada es incorrecta, el PHA se actualizar o eliminar el registro de EIV.

Empleo y información de salario

informo en EIV se origina en el empleador. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el empleador por escrito a la disputa **Y** solicitud de corrección de la disputa de empleo y/o la información de salarios. Proporcionar su PHA con una copia de la carta que envío a su empleador. Si no puede obtener el empleador para corregir la información, ponerse en contacto con el SWA para asistencia.

Desempeño beneficiarse de información informo en EIV se origina en la SWA. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el SWA por escrito a la disputa **Y** solicitud de corrección de la información de beneficios de desempleo disputa. Proporcionar su PHA con una copia de la carta que envío a la SWA.

Información de beneficio de muerte, SS y SSI informo en EIV se origina del SSA. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el SSA en 772-1213 (800), o visite su sitio Web en: www.socialsecurity.gov. Que necesite visitar su oficina local de la SSA para han cuestionado la muerte información corregida.

Verificación adicional. El PHA, con su consentimiento, podrá presentar un formulario de verificación de terceros para el proveedor (o reportero) de sus ingresos para su terminación y presentación a la PHA. También puede proporcionar la PHA con documentos de terceros (es decir, Wikipedia: Esbozo de remuneración, beneficio cartas de premio, extractos bancarios, etc.) que puede tener en su posesión.

Robo de identidad. EIV desconocido información le puede ser un signo de robo de identidad. A veces alguien puede utilizar su SSN, a propósito o por accidente. Por lo tanto, si sospecha que alguien está usando su SSN, debe comprobar los registros de seguridad social para garantizar que sus ingresos se calculan correctamente (llamar a la SSA al (800) 772-1213); archivo de una denuncia de robo de identidad con su departamento de policía local o la Comisión Federal de comercio (llamada FTC al (877) 438-4338, o usted puede visitar su sitio Web en:

¿Donde puedo obtener más información sobre EIV

Y el proceso de verificación de ingresos? Su PHA puede proporcionarle información adicional sobre EIV y el proceso de verificación de ingresos. También puede leer más sobre EIV y la verificación de ingresos **procesan en del HUD públicas y vivienda de India de EIV de** <http://www.hud.gov/offices/pd/programs/pdhp/india.cfm>.

La información de esta guía se refiere a los solicitantes y participantes (inquilinos) de los siguientes programas de asistencia de alquiler de HUD-PIH:

1. Público de vivienda (24 CFR 960); y
2. Sección 8 Housing Choice Voucher (VHC), (24 CFR 982); y
3. La sección 8 de rehabilitación moderada (24 CFR 882); y
4. Basado en el proyecto vate (24 CFR 983)