

For Office Use Only
Applicants **DO NOT** write in this section

Eligibility Determination

Date/Time: _____ Bedroom Size: _____ Initial Eligibility: Yes No
Received by: _____ Qualify for 504 Unit? Yes No
Waiting List Placement: _____ Preference(s) claimed: _____
List any reasonable accommodation/assistance requested by applicant: _____
Interview Date: _____ Final Eligibility: Yes No

SOLICITUD COMPLETA DE ADMISIÓN Programa de Vales de Elección de Vivienda Sección 8

Nombre de la Agencia: Alamosa Housing Authority

Dominio Limitado del Idioma Inglés:

¿Necesita información oral y/o escrita en otro idioma que no sea inglés? Sí No
En caso afirmativo, comuníquese a la Oficina de Solicitudes para recibir ayuda. **Si no**, continúe.

Instrucciones para Completar el Formulario:

Llene este formulario con tinta y a mano. Utilice el nombre legal de cada persona que residirá en la unidad rentada, exactamente como aparece en su tarjeta de Seguro Social. Todas las personas de 18 años de edad o más, deberán firmar esta solicitud, certificando que la información concerniente a ellas es correcta. No deje en blanco ninguna sección de la solicitud. Cualquier información que requiera la Autoridad de la Vivienda (Housing Authority) que no sea recibida dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha de esta solicitud, dará como resultado que la solicitud sea denegada.

Información del Jefe de Familia Solicitante

Nombre del Solicitante: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Física Donde Reside Usted Actualmente: _____

Teléfono de Casa #: _____ Teléfono del Trabajo #: _____ Teléfono Celular #: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Vivienda Actual

¿Algún miembro del hogar es un veterano? Sí No En caso afirmativo, anote el nombre _____

¿Está buscando vivienda debido a un Desastre Declarado Presidencialmente? Sí No

Circunstancias actuales de vivienda (*marque todas las que correspondan*): huyendo/ intentando huir de la violencia no desplazado desplazado por una acción del gobierno carece de residencia nocturna fija desplazado por una acción privada

Seguro Social

¿El nombre legal de algún miembro del hogar es diferente al nombre en su tarjeta de Seguro Social? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién es? _____

¿Alguna vez usted u otro miembro adulto ha usado algún nombre(s) o número(s) de Seguro Social que no sea el que está usando actualmente? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

Comunicaciones

Marque las casillas apropiadas en cada sección siguiente para identificar cualquier necesidad de ayuda con el idioma o con alguna discapacidad en la comunicación.

- Marque esta casilla si lee o habla inglés.**
- Marque esta casilla si lee o habla español. (Spanish)
- Xin ñaunh daáu vaø oâ naøy neáu quyù vò bieát ñoïc vaø noui ñoôic Vieät Ngõõ. (Vietnamese)
- Prosimy o zaznaczenie tego kwadratu, jeżeli posługuje się Pan/Pani językiem polskim. (Polish)
- Motka i kahhon ya yangin ûntûngnu' manitai pat ûntûngnu' kumentos Chamorro. (Chamorro)
- Zaškrtněte tuto kolonku, pokud čtete a hovoříte česky. (Czech)
- Kruis dit vakje aan als u Nederlands kunt lezen of spreken. (Dutch)
- Kreuzen Sie dieses Kästchen an, wenn Sie Deutsch lesen oder sprechen. (German)
- Označte tento štvorček, ak viete čítať alebo hovoriť po slovensky. (Slovak)
- Markahan itong kuwadrado kung kayo ay marunong magbasa o magsalita ng Tagalog. (Tagalog)
- ضع علامة في هذا المربع إذا كنت تقرأ أو تتحدث العربية. (Arabic)
- ឈ្មួញកំភ្នំប្រអប់នេះ បើអ្នកអាន ឬនិយាយភាសា ខ្មែរ ។ (Cambodian)
- 如果你能讀中文或講中文，請選擇此框。 (Traditional Chinese)
- اگر خواندن و نوشتن فارسی بلد هستید، این مربع را علامت بزنید. (Farsi)
- Σημειώστε αυτό το πλαίσιο αν διαβάσετε ή μιλάτε Ελληνικά. (Greek)
- Kos lub voj no yog koj paub twm thiab hais lus Hmoob. (Hmong)
- 日本語を讀んだり、話せる場合はここに印を付けてください。 (Japanese)
- 한국어를 읽거나 말할 수 있으면 이 칸에 표시하십시오. (Korean)
- ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຮ່ອງນີ້ ຖ້າທ່ານອ່ານຫຼືປາກພາສາລາວ. (Laotian)

No necesito ningún medio de comunicación.

Requiero que toda la información escrita sea: **en letra grande** **presentada oralmente**
 en Sistema Braille **en otro formato** (*explique la necesidad específica*): _____

Requiero que la información oral se me presente: **por escrito** **a través de un servicio de retransmisión telefónica** **en otro formato** (*explique*): _____

I. COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Anote a todas las personas que van a vivir en el hogar asistido. Ninguna persona puede residir en una unidad subsidiada cuya residencia no haya sido previamente aprobada por la Autoridad de la Vivienda).

Por favor note que: Ningún solicitante de asistencia para vivienda será discriminado debido a una discapacidad. Los solicitantes no están obligados a revelar una discapacidad. Sin embargo, los beneficios para los que las personas con discapacidad son elegibles, no podrán brindarse a menos que sea revelado el estado de discapacidad.

A CONTINUACIÓN ANOTE A TODAS LAS PERSONAS DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYORES QUE RESIDIRÁN EN LA UNIDAD RENTADA:

Use los siguientes códigos para describir la relación de cada miembro adulto con el Jefe de Familia: **A** = Adulto que no es estudiante de tiempo completo
F = Adulto Bajo Tutela Temporal **E** = Estudiante de tiempo completo de 18 años de edad o mayor que no es el Jefe de Familia, el Cónyuge o el Co-Jefe de Familia **L** = Ayudante Permanente (Si lo requiere un solicitante anciano/ discapacitado)

Nombre completo tal como aparece en la Tarjeta de Seguro Social	Seguro Social #	Relación con el Jefe de Familia	Sexo			Raza/ Etnia	Fecha de Nacimiento	Edad	Discapacidad Sí/ No	Anote la fecha más reciente	
			M	F	Declina revelar					Empleado	Recibió TANF
Apellido		JEFE DE FAMILIA									
Nombre Segundo Nombre											
Apellido		Cónyuge o Co-Jefe de Familia									
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											

Si no se proporciona un número de Seguro Social para algún miembro adulto del hogar, marque el motivo a continuación:

- _____ (nombre del miembro del hogar) es un no-ciudadano inelegible.
- _____ (nombre del miembro del hogar) no tiene asignado un número de Seguro Social, estaba recibiendo asistencia para vivienda de HUD el 31 de enero de 2010 y tenía 62 años o más al 31 de enero de 2010.



ANOTE A TODAS LAS PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD:

Use los siguientes códigos para describir la relación de cada menor con el Jefe de Familia: **Y** = Joven **F** = Niño Bajo Tutela Temporal **L** = Hijo de Ayudante Permanente

Nombre completo de los Menores tal como aparece en la Tarjeta de Seguro Social	Número de Seguro Social	Relación con el Jefe de Familia	Sexo			Raza y Etnia	Fecha de Nacimiento	Edad	Discapacitado* Sí/ No	Nombre de la Escuela o Guardería a la que asiste, si corresponde	Nombre e Información de Contacto del Padre Ausente <i>(si ambos padres no viven en el mismo hogar)</i>
			M	F	Declina revelar						
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											
Apellido											
Nombre Segundo Nombre											

Si no se proporciona un número de Seguro Social para algún menor, marque el motivo a continuación:

- _____ (nombre del menor) es un no-ciudadano inelegible.
- _____ (nombre del menor) no tiene asignado un número de Seguro Social. Yo/nosotros entendemos que si esta solicitud es aprobada, no recibiremos una oferta de arrendamiento hasta que se le haya proporcionado un número de Seguro Social a la Autoridad de la Vivienda.



I. Composición del Hogar (continúa)

- ¿Es algún miembro del hogar mayor de 18 años de edad (que no sea el jefe de familia, el cónyuge del jefe de familia o el co-jefe de familia) estudiante de tiempo completo u estudiante de educación superior? Sí No
En caso afirmativo, anote el nombre y la escuela a la que asiste: _____
- ¿Está temporalmente ausente del hogar el Cónyuge del Jefe de Familia? Sí No
En caso afirmativo, ¿Dónde está? _____
¿Cuándo regresará la persona? _____
¿Tiene ingresos el cónyuge ausente? Sí No
En caso afirmativo, a continuación anote todos sus ingresos:
a. \$ _____ Procedencia: _____
b. \$ _____ Procedencia: _____
- ¿Alguien en su hogar requiere alguna adaptación especial (tal como: una rampa, un pasamanos, etc.) debido a un impedimento o discapacidad? Sí No
En caso afirmativo, anote los requerimientos: _____
- ¿Algún miembro de la familia anciano o discapacitado requiere Ayuda Permanente? Sí No

II. INGRESOS DISPONIBLES PARA EL HOGAR

Todas las familias deben tener ingresos elegibles para recibir asistencia para vivienda. Marque *Sí* o *No* para cada tipo de ingreso y anote las **cantidades brutas del ingreso** recibidos antes de cualquier deducción retenida. Cheque la casilla para indicar si es pago por hora (Hr), Semana (W) o Mes (M)

Tipo de Ingreso	S í	N o	Nombre del Miembro de la Familia con Este Tipo de Ingreso	Compañía, Agencia o Particular que Hace el Pago	Ingreso Bruto	Período de Pago:		
						Hr	Wk	Mo
Salarios o Ganancias					\$			
					\$			
TANF					\$			
Pensión o Jubilación Personal o de una Compañía					\$			
					\$			
SSI					\$			
					\$			
Seguro Social					\$			
					\$			
Beneficios de Desempleo					\$			
Compensación de los Trabajadores					\$			
Ingreso del Militar					\$			

Tipo de Ingreso	S í	N o	Nombre del Miembro de la Familia con Este Tipo de Ingreso	Compañía, Agencia o Particular que Hace el Pago	Ingreso Bruto	Período de Pago:		
						Hr	Wk	Mo
Trabajo Temporal/Estacional					\$			
Asistencia Financiera Estudiantil (Subvenciones, Becas, Trabajo-Estudio, etc.)					\$			
					\$			
Pagos de Suma Global					\$			
Beneficios de Veteranos					\$			
Contribuciones Regulares o Regalos de Alguien Fuera del Hogar					\$			
					\$			
Otro (anótelo) _____					\$			

Declaración de Impuestos del Año Anterior. Indique la cantidad de ingreso bruto demostrado por cada miembro de la familia que resida en su hogar y que haya enviado una Declaración de Impuestos Federal individual o en conjunto.

Contribuyente:	Fecha de la Declaración:	Ingreso Bruto:
Contribuyente:	Fecha de la Declaración:	Ingreso Bruto:

- ¿Alguien fuera del hogar ayuda de manera regular con las facturas? Sí No
- En caso afirmativo, anote el nombre de cada persona o agencia que ayude con las facturas o contribuya a su hogar:
 - _____
 - _____
 - _____
- ¿Algún miembro del hogar de 18 años de edad o más, participa en un programa de capacitación laboral? Sí No
En caso afirmativo, anote su nombre y el programa de capacitación laboral específico: _____
- ¿Alguna persona en su hogar ha solicitado algún beneficio que esté en el proceso de ser aprobado? Sí No
En caso afirmativo, explíquelo: _____
- ¿Algún miembro de la familia recibe Manutención de Menores? Sí No En caso afirmativo, cantidad \$ _____
- ¿Algún miembro de la familia recibe Manutención Conyugal? Sí No En caso afirmativo, cantidad \$ _____

III. BIENES

- ¿Es usted dueño de una casa? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuál es su valor actual? \$ _____
¿Qué hará con la casa si recibes asistencia de vivienda? _____
- ¿Ha regalado o vendido un bien por menos de su valor justo de mercado en los últimos 2 años? Sí No
En caso afirmativo, ¿Cuál era su valor comercial? \$ _____ ¿Cuánto recibió usted? \$ _____

3. Marque *sí* o *no* por cada tipo de bien perteneciente a cualquier miembro de la familia, y anote su valor y cantidad de ingreso generada por ese bien.

Tipo de Bien		Valor	Ingreso Anual Generado por ese Bien
Bienes Raíces (casas, terrenos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Acciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Fondo de Jubilación o Pensiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Acuerdos de Seguros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Cuentas de Cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Cuentas de Ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Certificados de Depósito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Fideicomisos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Otro (<i>anótelo</i>) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$

IV. PREVIA ASISTENCIA PARA VIVIENDA

¿Algún miembro del hogar ha vivido en una vivienda pública o participó en el Programa de Vales de Elección de Vivienda de la Sección 8 después de cumplir los 18 años de edad? Sí No

En caso afirmativo, bajo que nombre(s): _____

Anote la información sobre cada Agencia de la Vivienda donde haya vivido o recibido asistencia algún miembro de la familia.

1. Agencia de la Vivienda: _____

Del _____ Al _____ Arrendamiento a nombre de: _____

¿Por qué se mudó? _____

¿Se ignoró algún salario al calcular su renta? Sí No No lo sé

2. Agencia de la Vivienda: _____

Del _____ Al _____ Arrendamiento a nombre de: _____

¿Por qué se mudó? _____

¿Se ignoró algún salario al calcular su renta? Sí No No lo sé

V. ANTECEDENTES PENALES

1. ¿Alguno de los miembros del hogar ha sido arrestado, acusado o condenado por alguno de los siguientes casos?

a. Actividad criminal violenta Sí No

En caso afirmativo, dé detalles: _____

b. Violencia doméstica, violencia en las citas, agresión sexual o acecho Sí No

En caso afirmativo, dé detalles: _____

- c. Actividad relacionada con el alcohol Sí No
 En caso afirmativo, dé detalles: _____
- d. Fabricación de metanfetaminas Sí No
 En caso afirmativo, dé detalles: _____
- e. Posesión, uso, venta o distribución de drogas ilegales Sí No
 En caso afirmativo, anote el nombre/ la fecha/ la sentencia del caso: _____

2. Si requiere reportarse, anote el nombre y el número de teléfono del oficial de libertad condicional.

Nombre: _____ Teléfono Phone: _____

3. ¿Ha participado algún miembro del hogar en rehabilitación de drogas durante los pasados 12 meses? Sí No
 En caso afirmativo, explíquelo: _____

4. ¿Algún miembro del hogar ha requerido registrarse como Acosador Sexual en algún estado? Sí No
 En caso afirmativo, anote el nombre y el estado: _____

5. ¿Algún miembro del hogar ha sido desalojado de una vivienda de asistencia federal en los últimos 3 años? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Dónde y por qué? _____

VI. ASISTENCIA MÉDICA Y DE DESCAPACIDAD

1. Anote todos los gastos médicos que la familia prevé pagar durante los próximos 12 meses que NO serán reembolsados por un seguro u otra fuente externa. NO incluya las primas de seguro de vida o de funeral. *(Llénelo sólo si el jefe de la familia o el cónyuge está incapacitado o tiene 62 años de edad o más.)*

TIPO DE GASTO	CANTIDAD	TIPO DE GASTO	CANTIDAD
<u>seguro(s) médico(s)</u>	\$ _____	<u>Consulta(s) Médica(s)</u>	\$ _____
<u>medicina(s) recetada(s)</u>	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____

2. ¿Paga usted por el cuidado asistido o por un aparato auxiliar para que algún miembro discapacitado del hogar o cualquier otro miembro adulto de la familia para trabajar? Sí No
 En caso afirmativo, explíquelo: _____

VII. CUIDADO DE MENORES

1. ¿Paga usted por el cuidado de menores para niños de 12 años o menos mientras trabaja, asiste a la escuela o busca empleo? Sí No En caso afirmativo, ¿a quién se le paga este gasto? _____
 ¿Cuánto paga al mes? _____ ¿Se le reembolsa alguna parte? Sí No
2. En caso afirmativo, ¿Qué cantidad se le reembolsa? _____ Procedencia: _____
3. Dirección del proveedor de cuidado de menores: _____

VIII. INFORMACIÓN VARIADA

1. ¿Alguna de las personas anotadas en esta solicitud es actualmente víctima de violencia doméstica, violencia en las citas, agresión sexual o acecho? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

Nombre del perpetrador: _____

2. ¿Cómo supo de este programa? _____

IX. COMPLEMENTOS REQUIRIDO PARA LA SOLICITUD

Los siguientes documentos deberán ser tramitados junto con este formulario de solicitud para que la solicitud sea considerada completa:

- a. Declaración de Ciudadanía 214 de cada miembro de la familia
- b. Formulario HUD-92006, formulario de contacto de emergencia
- c. Privacidad/Revelación de Información de HUD (formulario HUD-9886) para el Programa de Vales de Elección de Vivienda o Privacidad/Revelación de Información de HUD (formulario HUD-9887) para construcciones Nuevas de la Sección 8
- d. Revelación de la Verificación de Antecedentes Penales de cada miembro adulto de la familia
- e. Hoja de solicitud de preferencia (si corresponde)
- f. Formulario HUD-52675, "Deudas Con PHAs", firmadas por cada miembro adulto del hogar
- g. Otros formularios de revelación, según corresponda

X. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Todos los miembros de la familia de 18 años de edad o más, deberán certificar la exactitud de la información proporcionada, al firmar esta solicitud.

- Yo/Nosotros certifico que la información proporcionada en esta solicitud es exacta y completa a mi/nuestro leal saber y entender.
- Yo/Nosotros tengo entendido que proporcionar declaraciones o información falsas es penalizado por la Ley Federal y constituye un motivo para que mi solicitud sea denegada, así como la terminación de asistencia para vivienda después de arrendar bajo el Programa de la Sección 8.
- Yo/Nosotros tengo entendido que toda la información proporcionada en esta solicitud y los complementos requeridos y durante la entrevista de elegibilidad, está sujeta a verificación.
- Yo/Nosotros tengo entendido además, que cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud deberá entregarse por escrito a la agencia de la vivienda dentro de los 14 días a partir de que suceda dicho cambio, con el fin de que esta solicitud siga siendo válida.

Con mi/nuestra firma(s) a continuación, yo/nosotros por este medio juro y atestiguo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta. *(La solicitud deberá ser firmada por todos los adultos que vivan en la unidad de arrendamiento).*

Firma del Jefe de Familia

Fecha

Firma del Cónyuge del Jefe de Familia o Co-Jefe de Familia

Fecha

Firma de Otro Miembro Adulto de la Familia

Fecha

Firma de Otro Miembro Adulto de la Familia

Fecha

ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE, SI CONSCIENTE E INTENCIONALMENTE HACE DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DEL GOBIERNO DE ESTADOS UNIDOS.

Si usted cree que ha sido discriminado, puede llamar a la línea directa nacional gratuita de Equidad en la Vivienda e Igualdad de Oportunidades (Fair Housing and Equal Opportunity), al 1-800-669-9777.

