



# SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY



## Aplicación para la Admisión

Marque la Caja del Programa

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

- Aplicación para la Vivienda Pública       Aplicación para la Asistencia de la Renta con Opción al Voucher para la Vivienda

PO Box 2085 Springdale, AR 72765-2085

Teléfono (479)751-0560 Fax: (479)756-8059 TTY/TDD 800285-1131 or 711

Horas de oficina: lunes a viernes de 7:30 AM- 4:30 PM.

Cerrado de 12:00-1:00pm para almorzar

Nosotros no aceptamos aplicaciones los viernes (For a waiver to this policy please call 479-751-0560 xt 200)

### Lista de Documentos para adjuntar con su aplicación

Por favor provea todos los documentos listados abajo que apliquen a su familia Los documentos pueden ser fotocopiados en la oficina sin costo alguno para usted.

Todos los miembros/as de la familia deben tener (Si aplica):

|  |   |
|--|---|
| Certificado de nacimiento or acceptable documentation  | Estatus Migratorio/ de residencia   |
| Tarjeta de Seguro Social                               | Acta de matrimonio/ Acta de divorcio  |
| Identificación con fotografía                          | Custodia/ Acuerdos de adopción (si aplica)  |
| Información de ingresos                                | Certificado de depósito   |
| Ingresos   | IRA / Cuentas Keogh   |
| Miembros adultos/as de la familia (mayores de 18 años) | Bonos o Acciones / Fondos mutuales  |
| Empleo   | Bienes y Raíces/ Ingresos de rentas   |
| Talones de Cheques                                     | Solicitantes adultos mayores o con discapacidades:  |
| Declaraciones de empleador                             | Gastos médicos fuera del bolsillo del solicitante   |
| Impuestos (taxes) más recientes                        | Prescripciones  |
| Ingresos por medio de beneficios                       | Médicos / Estado de cuenta de clínicas  |
| Desempleo  | Premiums de aseguranza médica   |
| Seguro Social  | Asistencia de discapacidad  |
| SSI/ Otro ingreso por discapacidad                     | Familias con niños:   |
| Pensiones/Retiros                                      | Declaración del cuidado de niños/as para permitir a uno o más adultos/as que trabajen o que atiendan la escuela, o entrenamientos..                               |
| Pensión de menores/ Child Support                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Este es un gasto para cuidar de una familia con discapacidad para permitir que la cabeza de la familia trabaje.</li> </ul> |
| Pensión alimenticia                                    | Vivienda Publica sólomente (Abajo)  |
| Asistencia Pública                                     | Referencias   |
| Otros Ingresos   | Propietario – Presentes y pasados propietarios  |
| Ayuda monetaria por parte de familiares                | Otras Referencias   |
| Empleo propio  | Crédito– (Ejemplos: dealers de carros y utilidades)   |
| Bienes Estado de Cuentas de Ahorros                    | Otros - como supervisores y o empleadores   |

Si usted o algún miembro de la familia es una persona con discapacidades, y usted necesita una acomodación específica para utilizar nuestros programas a totalidad, y nuestros servicios, por favor contáctese a la Housing Authority. Si necesita ayuda para comprender este documento, puede

venir o llamar a la oficina para asistencia. (479) 751-0560 EXT. 200. If you need help understanding this document you can come to the office or call for assistance at (479)751-0560 ext. 200



**SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY**

**PO Box 2085 Springdale, AR 72765-2085**

**Teléfono (479)751-0560 Fax: (479)756-8059 TTY/TDD 800285-1131 o 711**



## ¿Cómo le podemos contactar?

**Por favor escriba:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección física actual:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono alternativo con correo de voz:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo postal actual:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/ Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_

## Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

---

### Información Importante

Por favor Lea cuidadosamente antes de completar el formulario de la aplicación

Si usted o cualquier persona de su familia es una persona con discapacidades, y usted requiere una acomodación específica para utilizar a cabalidad nuestros programas y/o servicios, por favor contáctese con la Housing Authority .

- La aplicación debe ser completada por escrito por la cabeza de familia. Aplicaciones incompletas no van a ser procesadas.
- Personas con discapacidades, o personas quienes están limitados en su habilidad de leer, escribir, hablar, o comprender inglés; puede buscar asistencia con la terminación del formulario en la oficina de la agencia de la Housing Authority.
- Utilice el nombre legal completo de cada persona de la familia listada en la aplicación como aparece en su tarjeta de Seguro Social .
- Por favor escriba todas sus respuestas.
- Responda a todas las preguntas de este formulario de aplicación. No deje ninguna pregunta en blanco. Si hay una pregunta que no aplica a su situación como: “Cuál es su número de teléfono,” y usted no tiene un número de teléfono, entonces escriba: “ninguno”
- Todas las preguntas de si / no deben ser marcadas para indicar si su respuesta es “si” or “no”.
- Si no hay suficiente espacio para responder a una pregunta en particular o para proveer cualquier explicación adicional que usted quiera hacer, por favor siéntase libre de adjuntar una o más páginas a la aplicación.
- La cabeza legal de familia y su esposa/o deben firmar y poner la fecha en el formulario de la aplicación.
- En donde está indicado en esta aplicación, las preguntas aplican a todos los miembros/as de la familia enlistados en la aplicación.
- La información que usted provea en esta aplicación debe ser cierta y completa. Es una violación federal y un crimen ante la ley estatal el responder respuestas falsas en este formulario de aplicación para la asistencia de la vivienda. Si usted no comprende una pregunta, por favor pregunte a su representante de la vivienda.
- Dese por enterado/a que la PHA va a conducir una revisión de los records criminales y de la registración de ofensores sexuales en todos los miembros adultos/as de la familia; incluyendo auxiliares de vida.

### Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

Para calificar para vivienda pública, el solicitante debe:

- Ser una familia como está definido en la póliza de Admisión y de ocupación continua (ACOP). Una copia de la ACOP está puesta publicada, o disponible en la oficina de la Housing Authority.
- Cumplir con los requisitos de HUD para ciudadanía o estatus migratorio.
- Tener un ingreso anual al tiempo de la admisión que no exceda los límites de los ingresos establecidos por HUD. Estos límites en los ingresos están publicados en la oficina de PHA.
- Proveer documentación de los números de Seguro Social para toda la familia de 6 años o más, o certificar que ellos/as no tienen un número de Seguro Social.
- Pagar cualquier debido a la PHA o a cualquier otra Housing Authority.
- No ser sujeto de estar bajo los requisitos de la registración de ofensores sexuales.
- Firmar las formas de autorización para que la PHA pueda verificar los varios requisitos de elegibilidad.
- No tener a ningún miembro/a de la familia que se involucre en actividades criminales que ponga en riesgo la vida, la salud, seguridad, o el derecho al disfrute pacífico de la propiedad de otros residentes, y que no tengan a ningún miembro/a de la familia que estén involucrados/as en actividades criminales violentas o en actividades relacionadas con drogas.
- Public Housing Only - Calificar como un inquilino adecuado, después de que la PHA conduzca las exámenes de la historia de renta anterior y de la de la responsabilidad financiera.

#### Acta de los Americanos/as con Discapacidades

Nosotros necesitamos su ayuda para asegurar que todos nuestros programas, servicios, y actividades sean completamente accesibles a las personas con discapacidades. Si usted encuentra cualquier tipo de barrera que le prevenga de recibir los beneficios completos de nuestros programas, servicios, o actividades, por favor háganoslo saber.

### Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

#### Parte A: Información acerca de los miembros/as de la familia

**Enliste a todas las personas de 18 años o más** (cabeza de familia/ esposo/a/ co -cabeza de familia sin importar la edad) Quién va a estar viviendo en la casa, comenzando con la cabeza de familia. Cada caja debe ser completada por cada miembro/a. Nadie más, excepto a las personas que están enlistados/as en este formulario deben vivir en la unidad..

| Nombre | Relación con la cabeza de familia | Ciudadano/a de USA Si / No | ¿Discapacitado/a? Si / No | Sexo F/M | Fecha de nacimiento | # de Seguro Social o # de registraci3n de extranjero |
|--------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|---------------------|--|
|        |                                   |                            |                           |          |                     |  |
|        |                                   |                            |                           |          |                     |  |
|        |                                   |                            |                           |          |                     |  |
|        |                                   |                            |                           |          |                     |  |
|        |                                   |                            |                           |          |                     |  |

#### Niños/as de 17 años de edad o menores

Enliste a todos los niños /as que van a vivir en la casa, de mayor a menor.

| Nombre | Relaci3n con la cabeza de familia | Ciudadano /a de USA: Si / No | ¿Discapacitado/a? Si/No | Sexo F / M | Fecha de nacimiento | # de Seguro Social o # de registraci3n de extranjero | Nombre de la escuela |
|--------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------|---------------------|--|----------------------|
|        |                                   |                              |                         |            |                     |  |                      |
|        |                                   |                              |                         |            |                     |  |                      |
|        |                                   |                              |                         |            |                     |  |                      |
|        |                                   |                              |                         |            |                     |  |                      |
|        |                                   |                              |                         |            |                     |  |                      |
|        |                                   |                              |                         |            |                     |  |                      |

## Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

### Raza y etnicidad de la cabeza de familia

**Raza: Marque la raza apropiada. (Puede marcar más de una categoría si aplica)**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco/a             | <input type="checkbox"/> Negro/a// Africano Americano/a               | <input type="checkbox"/> Indio/a americano/ Nativo/a de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Asiático/a           | <input type="checkbox"/> nativo/a de Hawai / Otras islas del pacífico |  |
| Etnicidad: Marque la etnicidad apropiada:     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a | <input type="checkbox"/> No hispano/a o latino/a                      |  |

Responda las siguientes preguntas acerca de todos los miembros/as de la familia:

1. ¿Tiene a algún adulto/a que va a vivir en la casa que previamente ha vivido en otro estado que no sea este?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si su respuesta fue si, ¿quién (es) ? \_\_\_\_\_ ¿en cuál estado? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ¿En cuál otro estado? \_\_\_\_\_
2. ¿Hay alguien más además del adulto/a que va a estar viviendo en la casa que comparta la custodia de alguno de los niños/as enlistados/as? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si si, ¿quién? \_\_\_\_\_
3. Hay alguien que va a estar viviendo en la casa que tenga un certificado de divorcio o una orden de la corte como el resultado de un divorcio o separación legal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_
4. ¿Hay alguien que esté embarazada que va a vivir en la casa? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si si, ¿quién? \_\_\_\_\_
5. ¿Hay alguien que no esté enlistado/a en la aplicación que está temporalmente ausente de la casa?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_
6. ¿Hay alguien que va a vivir en la casa que alguna vez haya utilizado otro número de Seguro Social, diferente al que ha puesto en esta aplicación? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_
7. Hay alguien que va a vivir en la casa que alguna vez haya utilizado otro nombre, diferente al que está usando ahora? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_
8. ¿Hay alguien que va a vivir en la casa que tiene 18 años o más y que es un estudiante a tiempo completo?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_
9. ¿Hay alguien en su familia que necesita algún tipo de acomodaciones para utilizar completamente nuestros programas y servicios? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si si ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué necesitan? \_\_\_\_\_
10. ¿Hay alguien en su casa que requiere cualquier tipo de acomodaciones para utilizar a cabalidad nuestros programas y servicios? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si si, ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué requiere? \_\_\_\_\_

### Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

Información de contacto: Enliste nombres, direcciones, y números de teléfono de dos familiares o amigos/as que viven en el área y que generalmente saben cómo contactarle.

1. Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad /Estado /Código postal: \_\_\_\_\_
2. Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad /Estado /Código postal: \_\_\_\_\_

### Parte B: Información de vivienda actual y previa. *(Solicitantes para la Vivienda Pública únicamente)*

**Enliste su dirección actual y la información del propietario/a. Luego enliste todas las direcciones previas y los propietarios/as por los pasados 5 años.**

1. Propietario/a actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Cantidad de la renta: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

2. Dirección previa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado/ Código postal: \_\_\_\_\_

Cantidad de la renta: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

3. Dirección previa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado/ Código postal: \_\_\_\_\_

Cantidad de la renta: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

4. Dirección previa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado/ Código postal: \_\_\_\_\_

Cantidad de la renta: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

## Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

### Parte C: Verificación de Antecedentes Penales y otra Información

Estas preguntas aplican a usted y a todos los miembros/as de su familia.

1. ¿Hay algún miembro/a de la familia que alguna vez haya sido arrestado/a por cualquier crimen? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_, Si si, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_ Por favor explique. (Incluya cuando le arrestaron, en donde le arrestaron, y la razón del arresto. ( Adjunte una hoja aparte si es necesario).

\_\_\_\_\_

2. ¿Hay algun miembro de la familia que ha sido convicto/a de un crimen? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si si, ¿cuantas veces? \_\_\_\_\_ ¿Cuál crimen (es) ? \_\_\_\_\_

3. ¿Hay algún miembro de la familia que esté sujeto/a a la registración de ofensores sexuales de por vida?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿quién? \_\_\_\_\_

4. ¿Hay algún miembro/a de la familia que use drogas ilegales? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_

5. ¿Hay algún miembro/a de la familia que ha sido desalojado/a de cualquier tipo de vivienda? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si si, explique cuando, adonde y por qué razón: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay algún miembro/a de la familia que abuse del alcohol en una manera en la que pone en peligro la salud, asistencia o seguridad de otras personas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si si, por favor explique :

\_\_\_\_\_

7. ¿Hay algún miembro/a de la familia que recibe asistencia de la renta en vivienda pública o en HCV?

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si si, ¿cuándo? A ños \_\_\_\_\_

Provea la información de la agencia abajo.

Nombre de la agencia de la vivienda: \_\_\_\_\_

¿Bajo qué nombre? \_\_\_\_\_

¿Quién era la cabeza de familia? \_\_\_\_\_



**Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority**

Parte D: Información acerca de los ingresos de los miembros/as de la familia.

(El ingreso incluye dinero o contribuciones de cualquier y de todo tipo de todos los recursos pagados en nombre de los miembros/as de la familia)

¿Usted o alguien de su familia hizo un retorno de impuestos (taxes) el año pasado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿quién? \_\_\_\_\_

Usted o alguien de la familia recibe cualquiera de lo siguiente o espera recibir cualquiera de lo siguiente en los próximos doce (12) meses?

- Sueldos, salarios, propinas, costos o comisiones de un empleador? (tiempo complete o parcial) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Compensaciones por servicios personales? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Ingresos de las operaciones de un negocio o profesión? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Intereses, dividendos, o otro ingreso de propiedad personal o de real estate \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de Seguro Social \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos por anualidades \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de pólizas de aseguradoras \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de fondos de retiro \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de pensiones \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de beneficios de discapacidad \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de beneficios por muerte \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de sumas grandes de dinero por el comienzo atrasado de los pagos periódicos \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Compensación de desempleo \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Compensaciones de discapacitados/as \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Compensación de trabajadores \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pago de separaciones \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de asistencia publicas \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de TANF \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de asistencia pública \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos de manutención de menores \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Contribuciones regulares o regalos de alguien \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Dinero de empleo propio \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Pagos militares regulares o especiales \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Contribuciones regulares de cualquier persona \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Asistencia financiera para asistir a la escuela \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

1. Enliste las fuentes y cantidades de todos los ingresos (dinero) esperados por los próximos 12 meses para todos los miembros/as de la familia de cualquier y de todas las fuentes.

| Nombre del miembro/a de la familia | Fuente de ingreso | Cantidad \$ | Frecuencia- ( Circule uno) |     |     |
|------------------------------------|-------------------|-------------|----------------------------|-----|-----|
|                                    |                   |             | Semana                     | Mes | Año |
|                                    |                   |             |                            |     |     |
|                                    |                   |             |                            |     |     |
|                                    |                   |             |                            |     |     |
|                                    |                   |             |                            |     |     |
|                                    |                   |             |                            |     |     |
|                                    |                   |             |                            |     |     |

### Parte E: Información acerca de todos los bienes de todos los miembros/as de la familia

(Un bien es algo que se puede convertir en dinero en efectivo o cash)

1. ¿Usted o algún miembro/a de la familia es dueño/a o posee acceso a cualquiera de lo siguiente?  
 ¿Cuenta de ahorros? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_      ¿Cuenta de Cheques? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
 Certificado de depósito si \_\_\_\_ No \_\_\_\_      Cuentas del dinero del mercado sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

| Nombre del miembro/a de la familia | Nombre del banco | Número de cuenta | Balance |
|------------------------------------|------------------|------------------|---------|
|                                    |                  |                  |         |
|                                    |                  |                  |         |
|                                    |                  |                  |         |
|                                    |                  |                  |         |
|                                    |                  |                  |         |

### Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

2. ¿Usted o algún miembro/a de la familia debe o tiene acceso a cualquiera de lo siguiente?

- |  |                    |                                 |                    |
|--|--------------------|---------------------------------|--------------------|
| Acciones                                 | Yes _____ No _____ | Bonos                           | Yes _____ No _____ |
| Propiedades (tierra)                     | Yes _____ No _____ | Fideicomisos                    | Yes _____ No _____ |
| Pensiones                                | Yes _____ No _____ | Cuentas de retiro individual    | Yes _____ No _____ |
| Herencias                                | Yes _____ No _____ | Pólizas de aseguradoras de vida | Yes _____ No _____ |
| Cualquier otro tipo de inversión capital | _____              |                                 | Yes _____ No _____ |

Explique cualquier respuesta a la que haya respondido “si” en cualquiera de las respuestas anteriores

| Nombre del miembro/a de la familia | Tipo de bien (es) | Número de cuenta | Valor |
|------------------------------------|-------------------|------------------|-------|
|                                    |                   |                  |       |
|                                    |                   |                  |       |
|                                    |                   |                  |       |

### Parte F: Información acerca de los gastos de la casa

1. ¿Hay algún miembro/a de la familia que tiene gastos por el cuidado de niños/as de 12 años o más?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue si, complete lo siguiente:

Por favor provea el nombre del proveedor de cuidado de niños/as, dirección, y el número de teléfono abajo:

| Nombre del menor | Nombre del proveedor de cuidado | Dirección | Número de teléfono | Cantidad mensual |
|------------------|---------------------------------|-----------|--------------------|------------------|
|                  |                                 |           |                    |                  |
|                  |                                 |           |                    |                  |
|                  |                                 |           |                    |                  |
|                  |                                 |           |                    |                  |

2. ¿Es una porción de este cuidado de niños/as reembolsado por una agencia o por una persona?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue si, ¿Cuánto es el reembolso mensual? \$ \_\_\_\_\_

3. Usted paga a una persona para que provea cuidado para una familia con discapacidades para que un miembro/a adulto/a de la familia pueda trabajar?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si su respuesta fue si, complete lo siguiente:

| Nombre de la persona que provee cuidado | Dirección | Número de teléfono | Cantidad mensual |
|---|-----------|--------------------|------------------|
|   |           |                    | \$ _____         |

4. ¿Está usted pagando por algún tipo de equipo para un miembro/a de la familia que está discapacitado/a para que un miembro de la familia adulto/a trabaje? (Podría ser la persona con discapacidades)

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue si, ¿cuál es el costo mensual anticipado? \$ \_\_\_\_\_

## Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority

5. Indique la cantidad en dólares para sus gastos mensuales en la lista abajo:

| Gasto en:              | Cantidad Mensual | Ultima fecha pagada | Pagada por quién |
|------------------------|------------------|---------------------|------------------|
| Renta                  | \$               |                     |                  |
| Electricidad           | \$               |                     |                  |
| Gas                    | \$               |                     |                  |
| Agua                   | \$               |                     |                  |
| Teléfono               | \$               |                     |                  |
| Cable para TV          | \$               |                     |                  |
| Pago de carro (s)      | \$               |                     |                  |
| Aseguranza de carro    | \$               |                     |                  |
| Gasolina para el carro | \$               |                     |                  |
| Aseguranza de vida     | \$               |                     |                  |
| Aseguranza de salud    | \$               |                     |                  |
| Préstamos              | \$               |                     |                  |
| Rentas                 | \$               |                     |                  |
| Muebles                | \$               |                     |                  |
| Comida                 | \$               |                     |                  |
| Tarjetas de Crédito    | \$               |                     |                  |
| Otros                  | \$               |                     |                  |

Gastos médicos (Estas preguntas solamente aplican si la cabeza de familia, esposa/o o co cabeza de familia tiene 62 años de edad o más o si es discapacitado/a) ¿Usted o alguien de la familia paga por cualquiera de los siguientes artículos?

¿Premium de aseguradora médica? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Aseguranza de cuidado de largo plazo Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Gastos de recetas médicas fuera del bolsillo Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Facturas médicas ya expiradas Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Otros gastos médicos anticipados Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor enliste la cantidad de los gastos médicos para todos los miembros/as de la familia que usted anticipa pagar por los siguientes 12 meses:

| Nombre del miembro de la familia | Tipo de gasto | Cantidad mensual |
|----------------------------------|---------------|------------------|
|                                  |               |                  |
|                                  |               |                  |
|                                  |               |                  |
|                                  |               |                  |
|                                  |               |                  |
|                                  |               |                  |
|                                  |               |                  |
|                                  |               |                  |
|                                  |               |                  |

**Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority**

Parte G.a. Cuestionario de Preferencia de la Vivienda Pública (Solicitantes para la Vivienda Pública únicamente)

Preferencia 1 de la Vivienda pública - ¿Usted dejó su casa en \_\_\_\_\_ (Dirección y ciudad en donde vivía) ¿por un desastre natural? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si su respuesta fue si, ¿fue el desastre declarado como un desastre federal?

Preferencia 2 de la Vivienda Publica - ¿Usted califica para una prioridad que debe ser dada a la cabeza de familia, esposa/o, o co cabeza de familia o a un solo miembro/a de su familia que tenga por lo menos 62 años de edad o discapacitado/a? Si \_\_\_ No \_\_\_

Preferencia 3 de la vivienda pública - ¿Usted califica para una prioridad que debe ser dada a la cabeza de familia, esposa/o, co cabeza de familia, o a un solo miembro/a de su familia que tiene por lo menos 62 años de edad y usted ha aplicado para un apartamento de 0 cuartos o de eficiencia, o para un apartamento de 1 cuarto? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Yo comprendo que la Housing Authority va a requerir que yo verifique esta información.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección / Número de teléfono \_\_\_\_\_

Escriba su nombre y firme \_\_\_\_\_

Parte G.b. Sección 8 Cuestionario de Preferencias (Solicitantes para la Section 8 únicamente)

Sección 8 Preferencia 1 - Usted dejó su casa en \_\_\_\_\_ (Dirección y ciudad en donde vivía) ¿por causa de un desastre natural? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si si, ¿el gobierno Federal lo declaro como un desastre federal?

Yo comprendo que la Housing Authority va a necesitar que yo verifique esta información.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección / Número de teléfono \_\_\_\_\_

Escriba su nombre y firme \_\_\_\_\_

**Aplicación para la Admisión a Springdale Housing Authority**

**Certificación del Solicitante**

Yo por este medio certifico que toda la información que yo he proveído en esta aplicación es verdadera y completa. Yo entiendo que yo estoy requerido/a a notificar a la Housing Authority por escrito (en 10 días \_\_ hábiles) si cualquier miembro/a de la familia se mueve de la unidad, y que yo no puedo permitir que nadie se mude en mi unidad sin la previa autorización del Springdale Housing Authority . Yo comprendo que yo debo notificar a la Housing Authority por escrito de cualquier cambio en la familia por nacimientos, adopciones, o custodias ganadas por la corte. Yo también entiendo que cualquier persona que intente obtener asistencia con la vivienda o reducción de la renta haciendo falsos testamentos, por suplantación de identidad, por fallar en revelar o por intencionalmente ocultar información, o cualquier acto de asistencia para el cual el atentar es un crimen bajo la ley federal y bajo la ley del estado.

*Advertencia: Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de una felonía por tener conocimiento, y estar dispuesto/a a hacer declaraciones falsas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos y debe ser multado/a por no más de \$10,000 o ser prisionero/a por no más de cinco años, o ambos.*

\_\_\_\_\_  
Firma de la cabeza de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la esposa/o o del co- cabeza de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Certificación del Representante de la PHA**

Yo por este medio certifico por medio de mi firma que yo he explicado todas las preguntas en este formulario de aplicación y he revisado las respuestas entregadas por la cabeza de familia para asegurar que estas preguntas fueron completamente comprendidas, y completamente respondidas.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de la PHA

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CERTIFICACIÓN DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA, VIOLENCIA EN  
CITAS O ACECHO**

**Departamento de la Vivienda y del  
Desarrollo Urbano de los EE.UU.  
Oficina de Viviendas Públicas y de Indios**

Aprobación OMB No. 77-0249  
Vencimiento. (02/28/2014)

**Finalidad del formulario:** La Ley de Violencia contra Mujeres y Reautorización del Departamento de Justicia (Violence Against Women and Justice Department Reauthorization Act) de 2005 ("VAWA") protege a los inquilinos cualificados, participantes y solicitantes y a los familiares de inquilinos, participantes y solicitantes que son víctimas de violencia doméstica, violencia en citas o acecho en caso de que se les negase asistencia en la vivienda, o fueran desahuciados o excluidos de la asistencia en la vivienda por causa de actos de esa clase de violencia contra ellos.

**Uso del formulario:** Este formulario es opcional. Un PHA, propietario o agente administrativo a quien se presente una reclamación para la ocupación o asistencia continuada o inicial basada en la situación como víctima de violencia doméstica, violencia en citas o acecho (denominada en este documento "Víctima") tiene la opción de solicitar que la víctima documente o proporcione pruebas por escrito para demostrar que sucedió tal violencia. La Víctima tiene la opción de presentar este formulario o presentar documentación de terceros, como:

(1) Un expediente federal, estatal, tribal, territorial o de la policía o de un tribunal; o

(2) Documentación firmada por un empleado, agente o voluntario de un proveedor de servicios a las víctimas, un profesional de leyes o medicina cuya asistencia haya sido solicitada por la víctima para resolver la violencia doméstica, la violencia en citas o el acecho o los efectos del abuso, en el cual el profesional atestigüe bajo pena de perjurio (28 U.S.C. 1746) su creencia de que el incidente o los incidentes en cuestión son incidentes auténticos de abuso y que la víctima de violencia doméstica, violencia en citas o acecho ha firmado o autenticado la documentación.

Si la Víctima utiliza este formulario, la Víctima tiene que llenarlo y presentarlo dentro los 14 días laborables después de recibirlo del PHA, propietario o agente administrativo. Este formulario debe ser devuelto a la persona y a la dirección especificadas en la solicitud escrita para la certificación. Si la Víctima no llena y devuelve este formulario (o no proporciona verificación de terceros) antes de los 14 días laborables o de una extensión de la fecha provista por el PHA, el agente administrativo o el propietario, no se puede asegurar a la Víctima que recibirá las protecciones de VAWA.

Si la Víctima presenta este formulario, el PHA, propietario o agente administrativo no puede solicitar ninguna prueba adicional de la Víctima.

**Confidencialidad:** Toda la información provista a un PHA, propietario o agente administrativo concerniente al (a los) incidente (s) de violencia doméstica, violencia en citas o acecho relacionada con la Víctima será considerada confidencial por el PHA, propietario o agente administrativo y tales detalles no serán registrados en ninguna base de datos compartida. Los empleados del PHA, propietario o agente administrativo no tendrán acceso a estos detalles a menos que sea para conceder o rechazar protecciones de VAWA a la Víctima y no podrán revelar esta información a ninguna otra entidad o individuo, excepto cuando la revelación sea: (i) autorizada por la Víctima por escrito, (ii) requerida para su uso en el proceso de desahucio o (iii) requerida de otra manera por las leyes aplicables.

---

**PARA SER LLENADO POR LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA EN CITAS O ACECHO:**

**Fecha en que la víctima recibió el requerimiento escrito:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la víctima:** \_\_\_\_\_

**Nombres de otros miembros de la familia mencionados en el arrendamiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre del perpetrador:** \_\_\_\_\_

**Relación del perpetrador con la víctima:** \_\_\_\_\_

**Fecha(s) en que ocurrió (ocurrieron) el (los) incidente(s) de violencia doméstica, violencia en citas o acecho:**

\_\_\_\_\_

**Lugar del (de los) incidente(s):**

\_\_\_\_\_

Descripción del (de los) incidente (s) (Esta descripción puede ser utilizada por el PHA, el propietario o el agente administrativo con el fin de desahuciar al perpetrador. Le rogamos que sea tan descriptivo (a) como sea posible.):

[ESCRIBA EL TEXTO AQUÍ]

Por la presente yo certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta y creo que, basándome en la información que he proporcionado, soy víctima de violencia doméstica, violencia en citas o acecho y que el (los) incidente(s) en cuestión son incidentes auténticos de tal abuso real o con el que he sido amenazada. Reconozco que la presentación de información falsa puede ser causa de negativa de admisión, terminación de la asistencia o desahucio.

Firma \_\_\_\_\_ Firmado el (fecha) \_\_\_\_\_

Se estima que la **responsabilidad del reporte público** de esta recopilación de información tomará 1 hora por respuesta como promedio. Esto incluye el tiempo para recopilar, revisar y reportar los datos. La información provista será utilizada por los PHA y los propietarios o agentes administrativos de la Sección 8 para solicitar a un inquilino que certifique que la persona es una víctima de violencia doméstica, violencia en citas o acecho. La información está sujeta a los requisitos de confidencialidad de la Legislación de la Reforma de HUD. Esta agencia podría no recopilar esta información y no se exige que usted llene este formulario a menos que tenga un número de control OMB válido actualmente.



# Autorización para divulgar información/ Aviso sobre la Ley de Confidencialidad

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

## Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.

Oficina de Vivienda Pública y para  
Comunidades Indígenas

Oficina de Vivienda Pública (PHA) que solicita la divulgación de información.  
**(Tache la casilla si no corresponde.)**  
(Escriba la dirección completa, el nombre del representante y la fecha.)

Oficina de Vivienda para Comunidades Indígenas (IHA) que  
solicita la divulgación de información. **(Tache la casilla si no  
corresponde.)** (Escriba la dirección completa, el nombre  
del representante y la fecha.)

**Autoridad:** La Sección 904 de la Ley Stewart B. McKinney de Enmiendas a la Asistencia para las Personas sin Hogar de 1988, en su forma enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley General de Conciliación del Presupuesto de 1993. Esta ley se encuentra en la Sección 3544 del Título 42 del Código de los EE.UU.

Dicha ley exige que usted firme un formulario de consentimiento en virtud del cual autoriza (1) al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, en adelante HUD) y a la Oficina/Autoridad de Vivienda (Housing Agency/Authority, en adelante HA) para solicitar verificaciones de los sueldos y salarios devengados de empleadores actuales o anteriores; (2) al HUD y a la HA para solicitar información sobre reclamaciones de pago de salarios o indemnización por desempleo a la entidad estatal encargada de mantener dicha información; y (3) al HUD para solicitar cierta información sobre la declaración de renta a la Administración de Seguridad Social (Social Security) y al Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS). La ley exige además una verificación independiente de la información sobre ingresos. Por lo tanto, el HUD o la HA puede solicitar información a instituciones financieras para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

**Finalidad:** Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza al HUD y a la HA mencionada para solicitar información sobre sus ingresos a las fuentes citadas en el formulario. Ambos organismos necesitan esa información para verificar su ingreso familiar con el fin de cerciorarse de que usted reúne las condiciones para recibir beneficios de asistencia para conseguir vivienda y que esos beneficios se fijen en el monto correcto. Tanto el HUD como la HA pueden participar en programas electrónicos de concordancia con estas fuentes para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

**Formas de empleo de la información obtenida:** Se exige que el HUD proteja la información obtenida sobre ingresos, de conformidad con la Ley de Confidencialidad de 1974, Sección 552a del Título 5 del Código de los EE.UU. El HUD puede divulgar información (distinta de la correspondiente a declaraciones de renta) para ciertas clases de uso ordinario, por ejemplo, a otros organismos gubernamentales con fines de aplicación de la ley, a organismos del gobierno federal con fines de determinación de la idoneidad para el empleo, y a las HA con el objeto de determinar el monto de la asistencia para conseguir vivienda. También se exige que la HA proteja la información sobre ingresos que obtenga, de conformidad con cualquier ley estatal de confidencialidad aplicable al caso. Los empleados del HUD y de la HA pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso impropio de la información sobre ingresos obtenida con el formulario de consentimiento. **Los propietarios particulares no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

**Quién debe firmar el formulario de consentimiento:** Cada familiar residente en la propiedad mayor de 18 años debe firmar el formulario de consentimiento. Es preciso obtener la firma de nuevos adultos que ingresen a la residencia o de quienes cumplan 18 años.

Se exige que los solicitantes o receptores de asistencia con arreglo a los siguientes programas firmen este formulario de consentimiento:

Vivienda pública de alquiler de propiedad de una PHA.

Oportunidades de adquisición de vivienda propia para entrega llave en mano de tipo III (alquiler con opción de compra).

Oportunidad de adquisición de vivienda propia con un sistema de ayuda mutua.

Vivienda alquilada según las disposiciones de las Secciones 23 y 19(c).

Pagos de asistencia para vivienda según las disposiciones de la Sección 23.

Vivienda de propiedad de una HA para alquiler a comunidades indígenas. Certificado de alquiler según las disposiciones de la Sección 8 de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937.

Cupón de alquiler según las disposiciones de la Sección 8.

Rehabilitación moderada según las disposiciones de la Sección 8.

**Omisión de la firma del formulario de consentimiento:** Si usted no firma el formulario de consentimiento se le puede revocar su idoneidad o se le pueden suspender los beneficios de vivienda, o ambas cosas. La revocación de la idoneidad o la suspensión de los beneficios está sujeta al procedimiento de presentación de quejas de la HA y de audiencia informal indicados en la Sección 8.

### Fuentes de acopio de información:

Entidades estatales de acopio de información sobre salarios. (Este consentimiento se limita a la indemnización por concepto de salario y desempleo que se me ha pagado periódicamente en los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.) Administración de Seguridad Social de los EE.UU. (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita a la información sobre salario y empleo independiente y sobre el pago de ingreso de jubilación, citados en la Sección 6103(l)(7)(A) del Código del Servicio de Rentas Internas de los EE.UU.)

Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS) (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita al ingreso no laboral [por ejemplo, intereses y dividendos].)

También se puede obtener información directamente de: (a) los empleadores actuales y anteriores, sobre sueldos y salarios y (b) las instituciones financieras, sobre ingresos no laborales (por ejemplo, intereses y dividendos). Tengo entendido que la información sobre ingresos obtenida de estas fuentes se empleará para verificar la información proporcionada por mí, con el fin de determinar mi idoneidad para participar en los programas de asistencia para conseguir vivienda y el monto de los beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento solamente autoriza la divulgación de información directamente de los empleadores y las instituciones financieras por cualquier período de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.

**Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que el HUD o la HA soliciten y obtengan información sobre mis ingresos de las fuentes citadas en este formulario con el fin de verificar mi idoneidad y el monto de los beneficios de conformidad con los programas de asistencia para vivienda del HUD. Tengo entendido que las HA que reciban información sobre mis ingresos por medio del presente formulario de consentimiento no pueden emplearla para denegar, reducir o suspender la asistencia sin efectuar primero una verificación independiente del monto correspondiente, si realmente tuve acceso a los fondos y cuándo se recibieron. Además, se me debe dar la oportunidad de refutar esas determinaciones.**

Este formulario de consentimiento se vence 15 meses después de firmarlo.

Firmas:

|   |       |                                |       |
|---|-------|--------------------------------|-------|
| _____   | _____ |                                |       |
| Jefe de familia                                       | Fecha |                                |       |
| _____   | _____ | _____                          | _____ |
| No. del seguro social (si existe) del jefe de familia |       | Otro familiar mayor de 18 años | Fecha |
| _____   | _____ | _____                          | _____ |
| Cónyuge   | Fecha | Otro familiar mayor de 18 años | Fecha |
| _____   | _____ | _____                          | _____ |
| Otro familiar mayor de 18 años                        | Fecha | Otro familiar mayor de 18 años | Fecha |
| _____   | _____ | _____                          | _____ |
| Otro familiar mayor de 18 años                        | Fecha | Otro familiar mayor de 18 años | Fecha |

**Aviso sobre la Ley de Confidencialidad.** Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado para acopiar esta información en virtud de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937 (Sección 1437 *et seq.* del Título 42 del Código de los EE.UU.), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Sección 2000d del Título 42 del Código de los EE.UU.) y la Ley de Vivienda Justa (Sección 3601-19 del Título 42 del Código de los EE.UU.). La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (Sección 3543 del Título 42 del Código de los EE.UU.) exige que los solicitantes y participantes presenten el número de seguro social de cada familiar mayor de seis años de edad. Finalidad: El HUD usa la información sobre sus ingresos y otra información acopiada para determinar su idoneidad, el tamaño apropiado de las habitaciones y el monto que pagará su familia por alquiler y servicios públicos. Otros usos: el HUD usa la información sobre su ingreso familiar y otra información acopiada para ayudar a administrar y supervisar los programas de vivienda realizados con asistencia de ese organismo, proteger el interés financiero del Gobierno o verificar la exactitud de la información proporcionada. Esta información puede divulgarse a entidades federales, estatales y locales idóneas, cuando proceda, y a investigadores y fiscales encargados de tramitar casos civiles y penales y asuntos normativos. De lo contrario, la información no se revelará ni divulgará fuera del HUD, excepto en los casos permitidos o exigidos por la ley. Sanción: Usted debe proporcionar toda la información solicitada por la HA, incluso el número de seguro social que tengan o usen usted y todos los demás familiares mayores de seis años de edad. Es obligatorio dar el número de seguro social de todos los familiares mayores de seis años de edad; su omisión afectará su idoneidad. La omisión de cualquier parte de la información solicitada puede hacer que se demore o deniegue la aprobación de su solicitud por razones de idoneidad.

**Sanciones por el uso indebido del presente formulario de consentimiento:**

El HUD, la HA y cualquier propietario (o empleado del HUD, la HA o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso indebido de la información acopiada con el presente formulario de consentimiento.

El uso de la información acopiada con el formulario HUD-9886 se limita a los fines citados en el mismo. Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, solicite, obtenga o revele información de manera fraudulenta sobre un solicitante o participante puede estar sujeta a acusación por delito menor y a imposición de una multa máxima de \$5.000.

Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede iniciar una acción civil por daños y perjuicios contra el oficial o funcionario del HUD, la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o del uso indebido, o buscar otra indemnización por parte de ellos, según proceda.

**Este documento es traducción de un documento jurídico expedido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), el cual proporciona esta traducción solamente a modo de conveniencia para que le ayude a usted a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés es el documento oficial, legal y que rige. Esta traducción no constituye un documento oficial.**



SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY



Po Box 2085
Springdale, AR 72765-2085
Phone (479)751-0560 Fax: (479)756-8059
TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Autorización para la publicación de información

A quien corresponda:

La Housing Authority de la ciudad de Springdale requiere verificar toda la información presentada por el solicitante / participante en la vivienda pública, y el programa TBRA.

Como un solicitante / participante de este programa (s), Yo por este medio autorizo a Springdale Housing Authority a verificar por medio de agencias federales, estatales o locales, organizaciones, negocios o individuos; cualquier y toda la información relevante para determinar mi elegibilidad y/o continuar siendo elegible para asistencia. Yo autorizo a las agencias, organizaciones, negocios, e individuos para que den la información que pide la Housing Authority.

Yo entiendo que la información debe ser usada para determinar mi elegibilidad y para la continuidad de la elegibilidad para recibir asistencia de la Housing Authority de la ciudad de Springdale. Yo también entiendo que la información puede ser dada al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano en la administración y reforzamiento de las reglas del programa.

Verificaciones y consultas deben incluir, pero no ser limitadas a:

Crédito y actividad criminal

Identidad y estado civil

Médicos o subsidios de cuidado de niños/as

Residencias y actividades de renta

Empleo, Ingreso y bienes

Yo entiendo que una copia de esta autorización para la publicación de información debe ser adjunta a las formas de verificación de la Housing Authority y debe ser usada únicamente por la Housing Authority para propósitos del manejo del programa. Yo tengo el derecho de revisar los documentos recibidos por la Housing Authority sobre petición y también puedo pedir la corrección de la información que yo pruebe que no es válida. Esta forma es válida por un periodo de 15 meses.

Table with 3 columns: Signature, Name written, Date. Rows for family head, co-head, and other adult members.



Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

**COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL**

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

**Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional:** Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

|  |   |
|--|---|
| <b>Nombre del solicitante:</b>   |   |
| <b>Dirección postal:</b>   |   |
| <b>N.º de teléfono:</b>  | <b>N.º de teléfono celular:</b>                                   |
| <b>Nombre de la persona u organización de contacto adicional:</b>  |   |
| <b>Dirección:</b>  |   |
| <b>N.º de teléfono:</b>  | <b>N.º de teléfono celular:</b>                                   |
| <b>Dirección de correo electrónico (si corresponde):</b>   |   |
| <b>Relación con el solicitante:</b>  |   |
| <b>Motivo del contacto:</b> (Marcar todo lo que corresponda)   |   |
| <input type="checkbox"/> Emergencia  | <input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación  |
| <input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted   | <input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento |
| <input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler  | <input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa          |
| <input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                              |
| <input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta   |   |
| <b>Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda:</b> Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.  |   |
| <b>Declaración de confidencialidad:</b> La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.  |   |
| <b>Notificación legal:</b> La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975. |   |

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surge durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

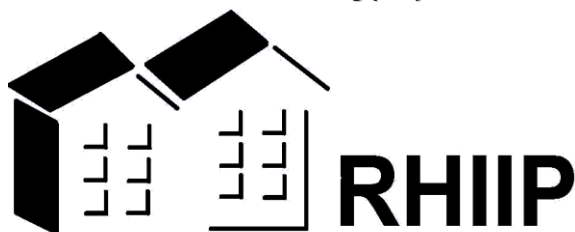
**Declaración de privacidad:** La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.





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 cualquiera de las siguientes sanciones:

1. Desalojo
2. Terminación de la asistencia
3. Reembolso de alquiler que usted debe haber pagado había le informó de su ingreso correctamente
4. Prohibición de recibir asistencia de alquiler futuro durante un período de hasta 10 años
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 reexaminaciones, debe incluir todas las fuentes de ingresos que recibe de 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** informó 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** informó 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 envió a su empleador. Si no puede obtener el empleador para corregir la información, ponerse en contacto con el SWA para asistencia.

**Desempleo beneficiarse de información** informó 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 envió a la SWA.

**Información de beneficio de muerte, SS y SSI** informó 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](http://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:

<http://www.ftc.gov>) . Proporcionar su PHA con una copia de su queja de robo de identidad.

## ¿Dónde 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 páginas web en: <http://www.hud.gov/offices/pih/programs/pih/hip/iviv.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 vale (24 CFR 983)

**Mi firma a continuación es la confirmación de que he recibido a esta guía.**

Signature

Date

de Marzo de 2010



**Springdale Housing Authority**  
**#5 Applegate Drive/ PO Box 2085**  
**Springdale, AR 72765**  
**PHONE 749-751-0560 FAX 479-750-4221**  
**TTY/TDD 800-285-1131 OR 711**

One of these forms needs to be filled out by each family member 18 years or older that will be living in the household.

**Tenant PI Nationwide Background Check**  
**SPRINGDALE POLICE RECORDS SECTION**  
**WASHINGTON COUNTY SHERIFF'S OFFICE/RECORDS**

PH      S8

**PLEASE FURNISH INFORMATION ON THE PERSON BELOW. (ARREST OR COURT RECORDS)**

**PLEASE PRINT**

|  |  |
|--|--|
| DATE OF REQUEST  | Housing Authority person making request<br><br><b>Shannon Hill</b>           |
| NAME OF COMPANY<br><br><b>Springdale Housing Authority</b> | TITLE/POSITION<br><br><b>Assistant Director-Springdale Housing Authority</b> |
| SUBJECT OF CHECK – Your Name                               | OTHER NAME USED  |
| DATE OF BIRTH  | SOCIAL SECURITY  |
| ADDRESS  | CITY/STATE   |
| OTHER IDENTIFIERS  |  |

**I hereby authorize the records of local arrest / court records to the Springdale Housing Authority.**

**Signature**

**Date**

**PLEASE NOTICE**

The following information is arrest data from the Springdale Police Records and Washington County Sheriff's Records, only and is not to be considered a complete criminal history. The information does not reflect whether the person was convicted of a crime or not, nor does it reflect juvenile arrests. For information about convictions, you must contact the court of adjudication's that should be able to provide information about the disposition of the case.

| Arrest Date | Charge At Arrest |
|-------------|------------------|
|             |                  |
|             |                  |
|             |                  |
|             |                  |
|             |                  |

Police Department Official

Date





## Departamento de Vivienda y de Desarrollo Urbano de U.S.

Oficina de la Vivienda Pública y de la Vivienda Indígena

### Deudas Debidas a las Agencias de Vivienda Pública y Terminaciones

**Noticia de Reducción de Papel:** La carga de Información Pública para esta colección de información es de un estimado de 7 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para que las personas respondiendo lean el documento y certifiquen, y cualquier récord, y cualquier mantenimiento de información. Esta información va a ser usada en el proceso del inquilinato. Responder a esta petición de información es necesario para recibir beneficios. La agencia puede que no colecte esta información, y usted no está requerido/a a completar esta forma, a menos que muestre un número válido de control de OBM. El número OMB es 2577-0266, y expira el 31/08/2016.

#### Noticia a solicitantes y a participantes de los siguientes programas de asistencia a la renta de HUD:

- \*Vivienda Pública (24 CFR 960)
- \*Sección 8 Vale de Vivienda Opcional, Incluyendo el programa de asistencia de la vivienda por desastres (24 CFR 982)
- \*Sección 8 Rehabilitación Moderada (24 CFR 882)
- \*Vale basado en un proyecto (24 CFR 983)

El departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de U.S. mantiene un repositorio nacional de deudas debidas a las agencias de la vivienda pública (PHA) o propietarios de Sección 8 e información adversa de los participantes quienes tienen voluntaria o involuntaria terminación de la participación en uno de los programas de asistencia a la renta de HUD enlistados arriba. Esta información es mantenida con el sistema de verificación de ingresos de la empresa HUD o sistema (EIV), el cuál es usado para las Agencias de la Vivienda Pública (PHA) y sus agentes de administración para verificar el empleo y la información de los ingresos de los participantes del programa, así como, para reducir errores administrativos y de asistencia con los pagos de la renta. El sistema EIV está designado para asistir a las PHA'S y a HUD en asegurar que las familias que son elegibles para participar en los programas de asistencia a la renta de HUD y determinen la cantidad correcta de la asistencia a la renta a la familia que sea elegible para usar el Sistema de acuerdo con las regulaciones de HUD en 24 CFR 5.233.

HUD requiere que las PHA, las cuales administran la lista de los programas de rentas enlistadas arriba, para reportar cierta información a la conclusión de su participación en los programas de asistencia a la renta de HUD. Esta noticia le provee información sobre la información que la PHA requiere proveerle a HUD, quién va a tener acceso a esta información en la que la PHA está requerida a proveer a HUD, quién va a dar acceso a esta información, como esta información es usada y sus derechos. Las PHA están requeridas a proveer esta noticia para todos los solicitantes y participantes del programa y usted está requerido a proveer esta noticia a todos/as los solicitantes del programa y usted está requerido a acusar el recibo de esta noticia por medio de su firma en la página 2. Cada miembro adulto/a de la casa debe firmar esta forma.

#### ¿Qué información acerca de usted y de su inquilinato colecta HUD de la PHA?

La siguiente información es colectada acerca de cada uno de los miembros/as de la familia (composición familiar):  
Nombre completo, fecha de nacimiento, y número de Seguro Social.

La siguiente información adversa es colectada una vez que su participación en el programa de la vivienda ha terminado, ya sea que se haya movido voluntariamente o involuntariamente de la unidad asistida:

1. Cantidad de cualquier balance que usted deba a la PHA o a UN propietario de la Sección 8 (hasta de \$500,000) y la explicación por el balance debido (ej. Renta no pagada, Renta retroactiva (por el ingreso no reportado y/o por cambios en la composición familiar) o otros cobros como daños a la propiedad, recargos de utilidades, etc.); y
2. Si usted firmó un acuerdo de pago por la cantidad que usted le debe a la PHA; y
3. Si usted ha incumplido el acuerdo de pago; y
4. Si o no la PHA ha obtenido UN juicio en contra suya; y
5. Si o no usted ha completado su bancarota; y
6. La razón(es) negativa(s) para que usted termine su participación en cualquier estatus negativo (ej.: unidad abandonada, fraude, violaciones al contrato, actividad criminal, etc.) como la fecha del final de la participación,

**¿Quién va a tener acceso de la información colectada?**

Esta información va a estar disponible para los empleados de HUD, Empleados de la PHA, y contratistas de HUD y de las PHA.

**¿Cómo va a ser usada esta información?**

Las PHA van a tener acceso a esta información durante el tiempo de la aplicación para la asistencia de la renta y la reexaminación de los ingresos familiares y de la composición de los participantes existentes. Las PHA van a ser capaces de tener acceso a la información para determinar lo adecuado para la sostenibilidad de la familia para iniciar o para continuar la asistencia a la renta, y para evitar proveer límites a la asistencia Federal de la vivienda a familias que previamente no han podido cumplir con los requisitos del programa de HUD. Si la información reportada es verdadera, una PHA debe terminar su asistencia actual y negar su futura petición para la asistencia de HUD con la renta, sujeto a la póliza de la PHA.

**¿Por cuánto tiempo se mantiene la información de las deudas debidas y de la terminación en EIV?**

Las deudas obtenidas, y la información de la terminación va a ser mantenida en EIV por un periodo de más de diez (10) años de la fecha del final de la participación.

**¿Cuáles son mis derechos?**

En acuerdo con el Acta de Privacidad Federal de 1974, como está en el artículo (5 USC 552a) y las regulaciones pertinentes de HUD a su implementación del Acta Federal de la Privacidad de 1974 (24 CFR Parte 16), usted tiene los siguientes derechos:

1. A tener acceso a los expedientes mantenidos por HUD, sujetos a 24 CFR Parte 16.
2. A tener una revisión administrativa de la negación inicial de HUD de su petición de tener acceso a sus expedientes mantenidos por HUD.
3. A tener la correcta información en su expediente corregido sobre la petición escrita.
4. A archivar una petición de apelación para la determinación inicial adversa en la corrección o en los artículos de la petición del expediente en 30 días del calendario después de la emisión de la negación escrita.
5. A tener su expediente revelado a una tercera persona sobre el recibo de su petición escrita y firmada.

**¿Qué hago si yo dispute la deuda o la información de la terminación reportada acerca de mí?**

Si usted no está de acuerdo con la información reportada, usted debe contactar a la PHA por escrito que ha reportado esta información acerca de usted. El nombre de la PHA, dirección, y los números de teléfono están enlistados en las deudas Obtenidas y en el Reporte de la Terminación. Usted tiene el derecho de pedir y de obtener una copia de este reporte de la PHA. Informe a la PHA por qué usted disputa la información y provee cualquier documentación que soporte su disputa. El récord de HUD de la retención de la policía a 24 CFR Parte 908 y 24 CFR Parte 982 provee que la PHA puede destruir sus expedientes tres años de la fecha de su participación en la terminación del programa. Para asegurar la disponibilidad de sus expedientes, disputas de la deuda original o de la información de la deuda original o de la terminación de la información debe ser hecha en tres años de la fecha de la finalización de la participación; de otra manera, la deuda y la terminación de la información se va a presumir como correcta. Solo la PHA que reporte la información adversa acerca de usted puede borrarla o corregirla en su expediente. Si se ha declarado en bancarrota no va a resultar en que le remuevan la deuda de lo que debe o en la terminación del sistema EIV de HUD. De cualquier manera, si usted ha incluido esta deuda en su bancarrota y/o esta deuda ha sido liberada por la corte de Bancarrota, su expediente va a ser actualizado para incluir el indicador de la bancarrota, cuando usted provea a la PHA con documentación del estado de su bancarrota.

La PHA le va a notificar por escrito de esta acción sin importar su disputa en 30 días de la disputa escrita. Si la PHA determina que la información disputada es correcta, la PHA va a actualizar o borrar el expediente. Si la PHA define que la información disputada es correcta, la PHA va a proveer una explicación de por qué la información es correcta.

|   |  |                     |
|---|--|---------------------|
| <p><b>Esta información fue proveída por la PHA enlistada abajo:</b></p> | <p><b>Yo por este medio hago del conocimiento que la PHA me provisiono con la noticia de las deudas debidas y con la noticia de terminación:</b></p> |                     |
|   | <p><b>Firma</b></p>  | <p><b>Fecha</b></p> |
|   | <p><b>Nombre Escrito</b></p>   |                     |

# Cada Formulario de Declaración de Sección 214

**Esta sección es para ser completada por el solicitante/residente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con la cabeza de familia: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de registración del extranjero: \_\_\_\_\_

Número de Admisión \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
(Si aplica – de INS forma I-94, Registros de salida) (País al cual usted debe su lealtad legal– puede que sea o que no sea su país de nacimiento)

## Declaración

Instrucciones: Complete la declaración abajo revisando las res Casillas y firmando en la cacilla que aplique. Una declaración separada debe ser firmada por cada miembro/a de la familia asistida.

Yo, \_\_\_\_\_ Por este medio declaro, Bajo penalización de perjurio, que:

1. Yo soy un ciudadano/a o naturalizado/de los Estados Unidos de América.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Si usted está firmando por un menor que vive en su unidad asistida y por quién usted es responsable, marque aquí  %  
**Si usted firma esta cacilla, no necesita más información.**

2. Yo no soy un ciudadano/a, pero tengo un estatus elegible, como está descrito al reverso.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Si usted está firmando por un menor que vive en su unidad asistida y por quién usted es responsable, marque aquí   
**Si usted firma esta casilla, usted debe completar el reverso de esta hoja e incluir el consentimiento de verificación.**

### Petición para una extensión

Yo por este medio certifico que yo no soy un ciudadano/a con elegible estatus migratorio, como está escrito en la cacilla 2 arriba, y como está descrito en el reverso, y que la evidencia necesaria para mostrar mi reclamo no está temporalmente disponible. Yo estoy pidiendo tiempo adicional para obtener la evidencia necesaria. Yo certifico que las diligencias y los esfuerzos van a ser tomados para obtener las evidencias.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
F  
i  
r  
m  
a  
**Si usted firma esta cacilla, usted debe completar el reverso incluyendo la verificación del consentimiento.**

3. Yo no tengo un estatus migratorio elegible y yo comprendo que yo no soy elegible para asistencia financiera con la vivienda.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Si está firmando en nombre de un menor que vive en su unidad asistida, y por quién usted es responsable, marque aquí  %  
**Si usted firma esta cacilla, no necesitamos más información. Usted no es elegible para asistencia con la vivienda.**

**Esta sección es para ser completada por el manager**

Guarde el número de verificación: \_\_\_\_\_

## Cada Formulario de Declaración de la Sección 214 (continuación)

Esta sección debe ser completada por un solicitante o residente

Si usted marcó la casilla 2 en el frente de esta página, y está diciendo que no es un ciudadano/a pero que tiene un estatus migratorio elegible, una de las siguientes Casillas DEBE ser llenada:

- 1. Una persona que no es ciudadana/o legalmente admitido/a por residencia permanente, como está definido en la sección 101(a)(20) del Acta de inmigración y nacionalidad (INA) como un inmigrante, como está definido en la sección 101 (a)(15) de INA (8 USC 1001 (a)(20) y 1101 (a)(15), respectivamente). [Inmigrantes] (Esta categoría incluye a personas no ciudadanas/os admitidos/as bajo la sección 210 o 210A de INA (8 USC 1160 o 1161), [Trabajador/a especial de agricultura], a quien se le ha garantizado el estatus de residente legal);
- 2. Una persona que no es ciudadano/a que entró a US antes del 1-1-1972, o, la última fecha en la que se aceptó por ley, y ha mantenido una residencia continua en U.S. desde entonces, y que no es elegible para la ciudadanía, pero que es considerado/a ser admitido/a legalmente para la residencia permanente como el resultado de un ejercicio de discreción por el Abogado General bajo la Sección 249 de INA (8 USC 1259);
- 3. Una persona que no es ciudadano/a de los U.S pero que está legalmente presente en los Estados Unidos. De conformidad de una admisión bajo la Sección 207 de INA (8 USC 1157) [Estatus de Refugiado/a]; De conformidad con la garantía de un asilo (el cuál no ha sido terminado) bajo la sección 208 de INA (8 USC 1158) [Estatus de asilo]; O como el resultado de tener garantizada la entrada condicional bajo la sección 203 (a)(7) de INA (8 USC 1153(A)(7) antes 4-1-1980, por la persecución en cuenta de raza, religión, o por opinión política o por haber sido desarraigados por una calamidad nacional catastrófica;
- 4. Una persona que no es ciudadana/o pero que está legalmente presente en US como el resultado de un ejercicio de discreción por un Abogado General por razones de emergencia o por razones consideradas estrictamente en el interés público bajo la sección 212 (d)(5) de INA (8 USC 1182 (d)(5)) [Estatus de libertad condicional];
- 5. Una persona que no es ciudadano/a pero que está legalmente en US como el resultado de un abogado general reteniendo la deportación bajo la Sección 243 (h) de INA (8 USC 1253 (h)) [amenaza a la vida o a la libertad]; o
- 6. Una persona que no es ciudadana/o pero que fue legalmente admitido/a para la residencia permanente o temporal bajo la sección 245 A de INA (8 USC 1255a) [Amnistía garantizada bajo INA 245 A]

Si usted marcó una de las casillas arriba, usted debe entregar uno de los siguientes documentos:

- 1. Forma I-551, Recibo de la tarjeta de Registración Extranjera (para residentes permanentes);
- 2. Forma I-94, Record de llegada - salida, con una de las siguientes anotaciones:
  - a. "Admitido/a como un refugiado/a en conformidad con la Sección 207"
  - b. "Sección 208" o "Asilo"
  - c. "Sección 243(h)" o "Deportación quedado por un Abogado General"
  - d. "Estatus de libertad condicional siguiendo la Sección 212(d)(5) de INA"
- 3. Si la forma I-94, Record de llegada -salida, no está anotada, entonces acompañada por uno de los siguientes documentos:
  - a. Una decisión final de la corte garantizando asilo (pero únicamente si no se toma ninguna apelación);
  - b. Una carta de un oficial del INS del asilo garantizando el asilo (Si la aplicación es completada en o antes de 1-10-1990) o de un director/a de distrito INS garantizando el asilo (Si la aplicación fue completada antes de 1-10-1990);
  - c. Una decisión de la corte garantizando la detención de la deportación; o
  - d. Una carta de un oficial de asilo de INS garantizando la detención de la deportación (si la aplicación fue archivada antes del 1-10-1990)
- 4. Forma I-688, Tarjeta de Residencia Temporal, en la cual debe estar anotado "Provisión de la ley 274a.12(11)" o "Provisión de la ley 247a.12";
- 5. Forma I-688B, Tarjeta de Autorización de empleo, en la cual debe estar anotado "Provisión de la ley 274a.12(11)" o "provisión de la ley 247a.12";
- 6. Una factura emitida por el INS indicando que una aplicación para asegurar del reemplazo del documento en una de las categorías enlistadas arriba; ha sido hecho y el solicitante a quién pertenece el documento ha sido verificado;
- 7. Forma I-152, Factura de la registración extranjera.

### Consentimiento de Verificación

Consentimiento: Yo, \_\_\_\_\_ por este medio consiento lo siguiente:

1. El uso de la evidencia adjunta para verificar mi elegible estatus migratorio para permitirme recibir asistencia financiera para la vivienda;
2. La revelación de la evidencia de estatus migratorio elegible por el proyecto de propietario/a sin responsabilidad del futuro uso de la transmisión de la evidencia por la entidad recibiendo para; (a) HUD, como está pedido por HUD; y (b) el INS para el propósito de verificación del estatus migratorio individual. **Notificación:** La evidencia para el estatus migratorio elegible debe ser emitida solamente por el INS para propósitos de establecer elegibilidad para asistencia financiera y no para otro propósito. HUD no es responsable por el uso a futuro o por la transmisión de la evidencia o de otra información por el INS.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

(Si firma en nombre de un menor que vive en su unidad asistida y por quien usted es responsable, marque aquí )





# ¿ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA DE HUD PARA SU VIVIENDA?

**PIENSE EN ESTO...  
¿VALE LA PENA COMETER FRAUDE?**

## Se da usted cuenta...

De que si comete fraude para obtener asistencia para su vivienda por HUD, podrían:

- **Desahuciarle** de su apartamento o casa.
- **Exigirle que reembolse** toda la asistencia que le pagaron de más para su alquiler.
- **Multarle** hasta \$10,000.
- **Enviarle a prisión** hasta por cinco años
- **Prohibirle** recibir más asistencia en el futuro.
- **Imponerle** sanciones del gobierno estatal y local

## ¿Sabe usted...

Que está cometiendo un fraude si firma una planilla a sabiendas de que está dando información falsa o engañosa?

La información que usted proporciona en las planillas de solicitud y re-certificación de asistencia con la vivienda será verificada. La agencia de vivienda local, HUD o la Oficina del Inspector General, verificarán la información sobre ingresos y bienes que usted proporcione, con otros organismos del gobierno federal, estatal y local, así como con agencias privadas. Es un fraude certificar información falsa.

## ¡De modo que tenga cuidado!

Cuando usted llena su solicitud y re-certificación anual para recibir asistencia para su vivienda por HUD, asegúrese que sus respuestas a las preguntas sean exactas y honestas. Usted tiene que incluir:

Todas las fuentes de ingresos y cambios en los ingresos recibidos por usted o cualquier miembro de su familia, tales como sueldos, pagos de Bienestar Social, seguro social y beneficios de veteranos, pensiones, jubilación, etc.

Todo el dinero que usted reciba en nombre de sus hijos, como el destinado al mantenimiento de hijos, pagos de AFDC, seguro social para niños, etc.

Cualquier aumento en el ingreso, como sueldos de un nuevo trabajo o un aumento de sueldo o bonificación esperados.

Todos los bienes, como cuentas bancarias, bonos de ahorro, certificados de depósito, acciones, propiedades inmobiliarias, etc., de usted o de cualquier miembro de su familia.

Todo ingreso procedente de bienes, como intereses de cuentas de ahorros y cuentas corrientes, dividendos de acciones, etc.

Cualquier negocio o bienes (como su casa) que haya vendido en los dos últimos años a un precio inferior a su valor total.

Los nombres de todas las personas, adultas o niños, parientes o no parientes, que estén viviendo con usted y que componen su familia.

**(Aviso importante para los evacuados como resultado de los huracanes Katrina y Rita:** Los requisitos de HUD en cuanto a la notificación pueden ignorarse o suspenderse temporalmente debido a sus circunstancias. Contacte la agencia local de vivienda antes de llenar la solicitud de asistencia para vivienda).

## Haga preguntas

Si no entiende algo en la solicitud o planilla de recertificación, pregunte siempre. Es mejor estar seguro que lamentarse.

## ¡Cuídese de las trampas con la asistencia para vivienda!

- No le pague dinero a nadie por llenarle sus planillas de solicitud de asistencia y recertificación para vivienda.
- No pague dinero para que le avancen su lugar en una lista de espera.
- No pague por nada que no esté incluido en su contrato de arriendo.
- Pida un recibo por cualquier dinero que pague.
- Pida una explicación por escrito si le exigen pagar por algo que no sea el alquiler (cargos de mantenimiento o de servicios públicos).

## Denuncie el fraude

Si usted sabe de alguien que haya proporcionado información falsa en una solicitud de asistencia o re-certificación para vivienda de HUD, o si alguien le dice que le dé información falsa, denuncie a esa persona a la línea directa de la Oficina del Inspector General de HUD. Usted puede llamar a la línea directa de lunes a viernes, entre 10:00 a.m. y 4:30 p.m., hora del Este, al 1-800-347-37353. También puede enviar la información por fax al (202) 708-4829 o por correo electrónico a: [Hotline@hudoig.gov](mailto:Hotline@hudoig.gov) . Usted puede escribir a la línea directa a:



HUD OIG Hotline, GFI  
451 7<sup>th</sup> Street, SW  
Washington, DC 20410

Diciembre de 2005