

**AUTORIDAD DE VIVIENDA DE NORTH PROVIDENCE**

945 Charles Street  
Providencia del Norte, RI 02904  
401-728-0930  
Relevo Rhode Island-711

PRE-SOLICITUD DE VIVIENDA  
Igualdad de oportunidades de vivienda

La información que se le pide que proporcione como Jefe de Hogar se utiliza para determinar si su Hogar es elegible y calificado para la admisión a la lista de espera para los programas que se indican a continuación. Esta información está sujeta a verificación, y se le pedirá que firme las liberaciones que permitirán a la Autoridad documentar la verificación de toda la información que se proporciona a continuación. Al firmar esta pre-solicitud, usted está certificando que la información que ha proporcionado es correcta. La tergiversación de la información es motivo de retirada inmediata de la lista de espera o de desalojo de viviendas. El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que es un delito grave hacer intencionalmente declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia federal. Como la información proporcionada a continuación se compartirá con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos, si está solicitando un programa federal de vivienda, la tergiversación de la información es un delito grave.

Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Se le notificará por carta que su solicitud está incompleta. Es responsabilidad del solicitante proporcionar toda la información requerida.

POR FAVOR IMPRIMA TODAS LAS RESPUESTAS DE UNA MANERA LEGIBLE

1. Jefe de Household \_\_\_\_\_
2. Dirección actual \_\_\_\_\_
3. Ciudad o pueblo \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_
4. Teléfono \_\_\_\_\_ Work teléfonos para el hogar \_\_\_\_\_
5. Status \_\_\_\_\_ Unmarried Marcial (soltero, viudo, divorciado) \_\_\_\_\_ Married  
\*si está divorciado o separado-nombre del ex cónyuge: \_\_\_\_\_  
\*nombre de soltera (si corresponde): \_\_\_\_\_

6. Por favor, indique los programas para los que cree que es elegible. Una vez que la información que usted proporciona en esta solicitud ha sido verificada, el personal de la NPHA tomará la determinación final en cuanto a qué programas es elegible y lo colocará en la(s) lista(s) de espera apropiada(s):

Vivienda para ancianos \_\_\_\_\_ Vivienda para discapacitados/discapacitados \_\_\_\_\_ Vivienda familiar  
Sección 8 \_\_\_\_\_

7. ¿Hay algún miembro de su hogar que requiera una unidad modificada físicamente para abordar una discapacidad?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué tipo de modificación se necesita?  
\_\_\_\_\_

Los solicitantes discapacitados elegibles se mueven a la parte superior de la lista de espera si una unidad adecuada está disponible.

La Autoridad de Vivienda de North Providence no discrimina en la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas con asistencia federal.

8. Por favor, proporcione el nombre completo, incluyendo la inicial del segundo de todos los miembros del hogar, en la lista de usted o el jefe de hogar primero, que va a vivir en la unidad, su fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, sexo, relación con el jefe de familia, ocupación y número de seguro social. Si no se proporciona alguna de esta información, la solicitud se considerará incompleta y no se procesará. (NOTA: esta información será verificada con el Departamento de Inmigración de los Estados Unidos)

NOMBRE	FECHA DEL LUGAR DE RELACIÓN DEL SEXO CON LA OCUPACIÓN PRINCIPAL O LA SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE NACIMIENTOS A NIVEL DE ESCUELA FAMILIAR

9. Por favor, identifíquese. Esta información es voluntaria y sólo con fines estadísticos. No afectará su elegibilidad de ninguna manera.

a. Identifica tu raza dando vueltas a la categoría a continuación:

Indio negro americano blanco/nativo de Alaska asiático o isleño del Pacífico o aleutiano

b. Identifique su origen étnico:

Hispanos no hispanos

c. ¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. INGRESO TOTAL DEL HOGAR: Enumere todos los tipos, fuentes y cantidades de ingresos obtenidos o recibidos por cada miembro del hogar.

LOS SALARIOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR TANF	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	SEGURIDAD SOCIAL	OTROS BENEFICIOS

10a. Si está recibiendo un Beneficio del VA, ¿cuál es su número de reclamo?

\_\_\_\_\_

10b. Enumere a continuación todos los activos, como cuentas de ahorros, cuentas corrientes, intereses en bienes raíces, acciones o Bonos, para todos los miembros del hogar.

TIPO DE MIEMBRO DEL HOGAR DE LA CANTIDAD/VALOR DEL NÚMERO DE CUENTA DE ACTIVOS

10c. ¿Eres dueño de tu propia casa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, proporcione el valor.  
\$ \_\_\_\_\_

10d. ¿Ha vendido, dado, prestado dinero, bienes raíces u otro activo en los últimos dos años? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, sírvase describir: \_\_\_\_\_

11. Gastos Médicos (Ancianos / Discapacitados, Solicitantes discapacitados solamente)

¿Paga alguna parte del costo de la cobertura de seguro médico / hospitalización, como Blue Cross, Medicare, etc.? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene algún gasto médico anticipado para los próximos 12 meses que no esté cubierto por el seguro médico? Prescripciones \$ \_\_\_\_\_ Sin prescripciones \$ \_\_\_\_\_ Otros \$ \_\_\_\_\_

12. Información de asistencia para discapacitados/discapacitados. ¿Se prevén gastos no reembolsados durante los próximos 12 meses para el cuidado de los asistentes y el aparato auxiliar de un miembro de la familia con una discapacidad o minusvalía que sean necesarios para permitir que un miembro de la familia (incluida la persona con la discapacidad o discapacidad) sea empleado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuál es el costo semanal? \$ \_\_\_\_\_

13. ¿Usted o algún miembro de la familia alguna vez ha vivido en una vivienda pública o ha participado en la Sección 8?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?  
\_\_\_\_\_

14. ¿Debe dinero a alguna Autoridad de Vivienda Pública? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, ¿qué Autoridad de Vivienda Pública?  
\_\_\_\_\_

15. ¿Alguna vez ha sido desalojado o retirado de la vivienda? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo?  
\_\_\_\_\_

16. ¿Usted o un miembro de su familia está actualmente en un programa de tratamiento de abuso de sustancias ordenado por la corte?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

17. ¿Alguna vez ha cometido algún fraude en un Programa de Vivienda Con Asistencia Federal o se le ha pedido que devuelva dinero por tergiversar a sabiendas la información de dichos programas de vivienda?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

18. ¿Usted o alguien en su hogar alguna vez ha sido condenado por alguna actividad criminal relacionada con las drogas, actividad criminal violenta o un delito grave? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿por qué delito fue condenado y cuándo fue condenado por este delito?  
\_\_\_\_\_

19. Si está solicitando vivienda pública convencional, por favor enumere las direcciones de todos los entornos residenciales (apartamentos, casas, refugios, casas grupales, etc.) en los que ha vivido durante los últimos cinco años.

Para su residencia actual: ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección: \_\_\_\_\_

1) Nombre del propietario: \_\_\_\_\_ Alquiler mensual: \_\_\_\_\_

Dirección del propietario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para residencias anteriores: ¿Cuánto tiempo había vivido en esta dirección: \_\_\_\_\_

2) Nombre del propietario: \_\_\_\_\_ Alquiler mensual: \_\_\_\_\_

Dirección del propietario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. ¿Vives en una residencia en la que cotizas en alquiler? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Su parte del alquiler \$ \_\_\_\_\_ Alquiler total en la ubicación \$ \_\_\_\_\_

**LAS RESPUESTAS A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON OPCIONALES. ES POSIBLE QUE NO  
PODAMOS DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD SI SE NIEGA A RESPONDER.**

A. ¿Tiene 62 años de edad o más? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

B. ¿Estás discapacitado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

C. ¿Estás discapacitado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

D. ¿Eres un veterano? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

E. ¿Estás empleado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tienes un automóvil? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione la marca, el modelo y el número de registro \_\_\_\_\_

¿Mantienes una mascota? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué tipo y tamaño?

\_\_\_\_\_

**PREFERENCIAS-** *comprobar todo lo que se aplica*

Local \_\_\_\_\_ Familia trabajadora \_\_\_\_\_ Educativa \_\_\_\_\_

**\*\*Para una explicación de las preferencias, consulte el desglose adjunto\*\***

24. Nombre y número de teléfono del trabajador social, si corresponde: \_\_\_\_\_

25. Empleo o jubilación, nombre y dirección de la compañía de la que recibe cheque:

\_\_\_\_\_

*La finalización de esta solicitud de ninguna manera asegura una colocación en la lista de espera u ocupación.*

**¡ADVERTENCIA! EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE POR HACER A SABIENDAS Y DELIBERADAMENTE DECLARACIONES FALSAS DE FRAUDULENT A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.**

**Por la presente juro y doy fe de que toda la información que he proporcionado sobre mí y mi hogar arriba es verdadera y correcta. También entiendo que todos los cambios en los ingresos y los miembros del hogar, así como**

**cualquier cambio en la composición del hogar deben ser reportados a la Autoridad de Vivienda de North Providence por escrito de inmediato.**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DEL JEFE DE FAMILIA FIRMA DE LA FECHA DEL CÓNYUGE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE OTRA FECHA DE ADULTO FIRMA DE OTRA FECHA DE ADULTO**

Información de contacto complementaria y opcional para solicitantes de vivienda asistida por HUD  
**SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL**

Este formulario debe ser proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

**Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional:** Usted tiene el 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 miembro de la familia, amigo o social, de salud, de defensa u otra organización. Esta información de contacto es con el propósito de identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier problema que pueda surgir durante su arrendamiento o para ayudar a proporcionar cualquier atención o servicio especial que pueda requerir. **Puede actualizar, eliminar o cambiar la información que proporcione en este formulario en cualquier momento.** Usted no está obligado a proporcionar esta información de contacto, pero si decide hacerlo, por favor incluya la información relevante en este formulario.

<b>Nombre del solicitante:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono Celular No:</b>
<b>Nombre de la persona u organización de contacto adicional:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono Celular No:</b>
<b>Dirección de correo electrónico (si corresponde):</b>	
<b>Relación con el solicitante:</b>	
<b>Motivo del contacto:</b> (Compruebe todo lo que se aplica) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Emergency Ayudar con el proceso de	<input type="checkbox"/> recertificación
<input type="checkbox"/> Unable para ponerse en contacto con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos de arrendamiento
<input type="checkbox"/> Terminación de la ayuda al alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Evicción de la unidad	Otros: Retraso en el pago _____
<input type="checkbox"/> del alquiler	
<b>Compromiso de la Autoridad de Vivienda o propietario:</b> Si usted es aprobado para la vivienda, esta información se mantendrá como parte de su archivo de inquilino. Si surgen problemas durante su arrendamiento o si necesita algún servicio o atención especial, podemos comunicarnos con la persona u organización que enumeró para ayudarlo a resolver los problemas o proporcionarle cualquier servicio o atención especial.	
<b>Declaración de confidencialidad:</b> La información proporcionada en este formulario es confidencial y no se divulgará a nadie, excepto según lo permitido por el solicitante de p o la ley aplicable.	
<b>Notificación legal:</b> La Sección 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) requiere que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información sobre una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda se compromete a cumplir con la no discriminación y la igualdad de oportunidades requerimientos de 24 CFR sección 5.105, incluyendo las prohibiciones de discriminación en la admisión o participación en programas de vivienda con asistencia federal sobre la base de la raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad, y el estado familiar bajo la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición de la discriminación por edad bajo la Ley de Discriminación por Edad de 1975.	

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

--	--

**Firma del solicitante**

**Fecha**

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario se presentaron a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) en virtud de la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (44 U.S.C. 3501 a 3520). La carga de presentación de informes públicos se estima en 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. La Sección 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (42 U.S.C. 13604) impuso a HUD la obligación de exigir a los proveedores de vivienda que participan en los programas de vivienda asistida de HUD que proporcionen a cualquier individuo o familia que solicite ocupación en una vivienda asistida por HUD la opción de incluir en la solicitud de ocupación el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un miembro de la familia, amigo o persona asociada con una organización social, de salud, de defensa o similar. El objetivo de proporcionar dicha información es facilitar el contacto del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el inquilino para ayudar a proporcionar cualquier prestación de servicios o atención especial al inquilino y ayudar a resolver cualquier problema de arrendamiento que surja durante el arrendamiento de dicho inquilino. Esta información de solicitud complementaria debe ser mantenida por el proveedor de vivienda y mantenida como información confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda Asistida de HUD y es voluntario. Apoya los requisitos estatutarios y los controles de

## EXPLICACIÓN DE LAS PREFERENCIAS DE ADMISIÓN

Primer nivel: Residencia local Preferencia-vivir en North Providence y ancianos, discapacitados o familiares, trabajando y / o estudiante de tiempo completo (cabeza o cónyuge), no trabajar y / o estudiante de tiempo completo

Segundo nivel: Preferencia de residencia no local, y estudiante de edad avanzada, discapacitado o familiar, laboral y / o de tiempo completo (cabeza o cónyuge), no trabaja y / o estudiante de tiempo completo

Tercer nivel: Residencia local preferencia-vivir en North Providence, cerca de ancianos (50-61 años de edad) trabajar y / o estudiante de tiempo completo (cabeza o cónyuge), no trabajar y / o estudiante de tiempo completo

Cuarto nivel: Preferencia de residencia no local, cerca de ancianos (50-61 años de edad) trabajando y / o estudiante de tiempo completo (cabeza o cónyuge), no trabajando y / o estudiante de tiempo completo

Quinto nivel: Residencia local de preferencia-vivir en North Providence, adulto soltero, trabajador y / o estudiante de tiempo completo (cabeza o cónyuge), no trabajar y / o estudiante de tiempo completo

Sexto nivel: Preferencia de residencia no local, adulto soltero, estudiante que trabaja y / o a tiempo completo (cabeza o cónyuge), no trabaja y / o estudiante de tiempo completo

*Un solicitante, con el fin de recibir una preferencia debe proporcionar a la Autoridad de Vivienda de North Providence (NPHA) suficiente documentación para establecer con certeza su preferencia elegida.*

## DEFINICIÓN DE PREFERENCIAS

**Preferencia local:** Actualmente vivía en la ciudad de North Providence o vivía en la ciudad de North Providence cuando se presentó la solicitud, o solicitantes que están trabajando o han sido notificados de que son contratados para trabajar, y han aceptado dicho empleo, en la ciudad de North Providence.

**Ancianos:** Las personas mayores de 62 años, o las personas mayores de 50 años, pero menores de 62 años deben ser conocidas como "cerca de los ancianos" con una clasificación de ancianos.

**Discapacitado:** Una persona se considera discapacitada si califica bajo la Sección 223 de la Ley de Seguridad Social, o la Sección 102 (7) de la Ley de Asistencia para Discapacidades del Desarrollo y Carta de Derechos (42 USC 6001-7); "Incapacidad para realizar cualquier actividad sustancial y remunerada a causa de cualquier deficiencia física o mental médicamente determinable de la que pueda esperarse que dé lugar a la muerte o que haya durado o pueda esperarse que dure durante un período ininterrumpido de no menos de 12 meses, o, en el caso de una persona que haya cumplido los 55 años de edad y sea ciega e incapaz, debido a esa ceguera, de participar en actividades sustanciales, actividad remunerada que requiera habilidades o habilidades comparables a las de cualquier actividad remunerada en la que haya participado previamente con cierta regularidad y durante un período de tiempo sustancial, o discapacidad crónica grave que sea atribuible a un impedimento mental o físico o a una combinación de impedimentos mentales y físicos; se manifiesta antes de que la persona alcance los 22 años; es probable que continúe indefinidamente; resulta en una limitación funcional sustancial en tres o más áreas de una actividad importante de la vida según lo definido por la ley.

**Familia:** Una familia significa una, dos o más personas que comparten la residencia cuyos ingresos y recursos están disponibles para satisfacer las necesidades de la familia, ancianos, discapacitados o discapacitados, individuos solteros desplazados, son personas que han demostrado una relación familiar estable o son el miembro restante de una familia de inquilinos.

**Trabajo:** Cuyo jefe o cónyuge está trabajando actualmente un mínimo de 25 horas por semana durante un mínimo de 6



meses, o cuyo jefe o cónyuge está actualmente comprometido y / o inscrito en un Programa de Capacitación para el Empleo por un mínimo de 6 meses.

Estudiante de tiempo completo: Cuyo jefe o cónyuge está actualmente participando o inscrito en un programa de educación correctiva por un mínimo de 6 meses, con un horario de tiempo completo, o cuyo jefe o cónyuge está participando en un programa de capacitación en habilidades laborales por un mínimo de 6 meses, con un horario de tiempo completo.

## **Autoridad de Vivienda de North Providence**



945 Charles Street

Providencia del norte, Rhode Island 02904  
Teléfono 401-728-0930 Fax 401-728-2126

---

---

### **Adaptaciones razonables para solicitantes con discapacidades**

La Autoridad de Vivienda es una agencia pública que proporciona viviendas de alquiler bajo a familias elegibles, familias de ancianos y personas solteras. PHA no está autorizado a discriminar a los solicitantes sobre la base de su raza, religión, sexo, color, origen nacional, edad, discapacidad de estado familiar. Además, PHA tiene la obligación legal de proporcionar "adaptaciones razonables" a los solicitantes si ellos o cualquier miembro de la familia tienen una discapacidad. Una adaptación razonable es alguna modificación o cambio que PHA puede hacer a sus apartamentos o procedimientos que ayudarán a un solicitante elegible con una discapacidad a aprovechar los programas de PHA. Ejemplos de adaptaciones razonables incluirían:

Hacer alteraciones en una unidad de PHA para que pueda ser utilizada por un miembro de la familia con una silla de ruedas;

Agregar o alterar las características de la unidad para que puedan ser utilizadas por un miembro de la familia con una discapacidad;

Instalación de detectores de humo de luz intermitente de tipo estroboscópica en un apartamento para una familia con un miembro con discapacidad auditiva;

Permitir que una familia tenga un perro grande para ayudar a un miembro de la familia con una discapacidad en un desarrollo familiar de PHA donde el tamaño de los perros generalmente es limitado;

Hacer que un gran tipo de documentos, documentos Braille, casetes o un lector estén disponibles para un solicitante con una discapacidad visual durante el proceso de solicitud;

Poner un intérprete de lenguaje de señas a disposición de un solicitante con una discapacidad auditiva durante la entrevista o reuniones con el personal de PHA;

Permitir que una agencia o individuo externo ayude y que el solicitante con una discapacidad cumpla con los criterios de selección de solicitantes de la PHA.

Una familia solicitante que tiene un miembro con una discapacidad aún debe ser capaz de cumplir con las obligaciones esenciales de arrendamiento. Deben poder pagar el alquiler, cuidar su apartamento, reportar la información requerida a la Autoridad de Vivienda, evitar molestar a sus vecinos, etc., pero no hay ningún requisito de que puedan hacer estas cosas sin ayuda.

Si usted o un miembro de su familia tiene una discapacidad y cree que podría necesitar o querer una adaptación razonable, puede solicitarla en cualquier momento del proceso de solicitud o en cualquier momento que necesite una adaptación. Esto depende de usted. Si prefiere no discutir su situación con la Autoridad de Vivienda, ese es su derecho.