



## Solicitud de vivienda pública

- A. 1. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono.: \_\_\_\_\_
2. Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
3. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha vivido en su dirección actual? \_\_\_\_\_
4. Indique su dirección anterior: \_\_\_\_\_
5. Estado civil: Soltero  Casado  Soltero (soltero, divorciado, viudo)
- a. Si está divorciado o separado, Nombre del ex cónyuge: \_\_\_\_\_
- b. Nombre de soltera (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_
6. ¿Está discapacitado o discapacitado? Sí  No

- B. 1. ¿Eres un veterano? Sí  No  Fecha de inducción: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_
2. ¿Está recibiendo beneficios de veterano como la familia de un militar? Sí  No

C. Enumere los nombres y números de teléfono de dos amigos o familiares con los que podamos comunicarnos si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono.: \_\_\_\_\_

D. ¿Ha sido condenado por un delito grave en los últimos cinco años? Sí  No  Si es así, cuándo y declarar la condena:

\_\_\_\_\_

E. Haga una lista de todas las personas, incluido usted, que vivirán en esta unidad de alquiler mientras esté en este programa. Enumere al jefe de familia primero como Número uno (1) y luego a cada miembro de la familia. Use su número de miembro de la familia (No.) adecuado en las siguientes secciones

Miembro de la familia No.	Nombre completo	Lugar de nacimiento	Relación con el jefe de familia	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Ocupación
1			<b>CABEZA</b>				
2							
3							
4							
5							
6							

7							
8							

### F. Empleo

Enumere todos los empleos a tiempo completo y / o parcial anticipados dentro de los próximos 12 meses para todos los miembros del hogar (que no sean menores, dependientes - hijos menores de 18 años)

Si los trabajadores por cuenta propia utilizan los ingresos netos de las empresas (la depreciación de la propiedad está permitida y debe basarse en el método lineal utilizado a efectos fiscales).

Número de miembro de la familia/Nombre	Nombre y dirección del empleador	Ganancias brutas	Wk./Mo./Yr.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

### G. Otras fuentes de ingresos

Haga **una** lista de TODOS los ingresos anticipados dentro de los próximos 12 meses por cada miembro de la familia

Miembro de la familia No.	1.	2.	3.	4.	5.
Bienestar					
Seguridad social					
Ssi					
Pensión					
Beneficios del VA					
Desempleo					
Pensión alimenticia					
Manutención de los hijos					
Exceso de crédito fiscal					
Otra cosa					

## H. Información sobre activos

Nombre del banco	Importe	Cuenta No.
Comprobación: _____	_____	_____
Ahorro: _____	_____	_____
Certificados de ahorro: _____	Interés Anual Recibido _____	Valor _____
Acciones y bonos: _____	Interés Anual Recibido _____	Valor _____
Propiedad Poseída, Dirección: _____		Valor _____
Otro, explique: _____	Ingresos Rec. Mensuales _____	Valor _____
Activos enajenados en los últimos 2 años por menos del valor de mercado, por favor explique: _____		

## I. Gastos médicos

### Solo familias de ancianos (62 años discapacitados o discapacitados)

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

Enumere por separado todos los gastos médicos y los montos que no están cubiertos por el seguro médico (es decir, recetas, medicamentos sin receta, etc.) \_\_\_\_\_

## K. Gastos de cuidado infantil

Complete las cantidades que anticipa pagar en los próximos 12 meses para niños menores de 13 + años. Complete esta sección solo si: El propósito del cuidado de niños es permitir que un miembro de la familia tenga un empleo remunerado o continúe su educación.

¿Pagas por el cuidado de los niños? Sí  No  En caso afirmativo, indique Proveedor de cuidado de niños.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. No.: \_\_\_\_\_

Costo por semana \$ \_\_\_\_\_

## L. Información del programa

1. ¿Ha sido desplazado por un desastre natural? Sí  No  En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez ha solicitado vivienda pública o ha participado en el Programa de Asistencia para el Alquiler? Sí  No  En caso afirmativo, dónde y explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Vive o alguna vez ha vivido en una vivienda pública? Sí  No  En caso afirmativo, dónde: \_\_\_\_\_

4. ¿Debe algún alquiler atrasado a alguna autoridad de vivienda o a algún propietario anterior o actual? Sí  No

5. ¿Alguna vez ha sido desalojado o violado un contrato de arrendamiento de alguna manera? Sí  No  En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono de su arrendador actual? \_\_\_\_\_

Por favor, siéntase libre de usar papel adicional si es necesario al responder cualquiera de las preguntas anteriores.

### M. Datos raciales

La siguiente información es necesaria para fines estadísticos para que el departamento de HUD pueda determinar el grado en que sus programas son utilizados por las familias minoritarias.

- Blanco  Negro  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático o isleño del Pacífico   
 Hispanos  No hispanos

**ADVERTENCIA: Las declaraciones falsas o la información en esta solicitud son motivos para cancelar su solicitud de asistencia de vivienda y son punibles según la Ley Federal y Estatal.**

Firma de los solicitantes: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Importante: Si se muda o cambia su número de teléfono, debe notificar a la Autoridad de Vivienda, o su solicitud será cancelada y no será considerado para recibir asistencia.**