



Esta aplicación es para los siguientes programas. Por favor, lea la descripción de cada uno. Los requisitos de ingreso están apuntados abajo por programa. El ingreso anual debe ser bajo o igual que las cantidades apuntadas para cada programa. Marque SI en cada programa que usted quiere aplicar. Marque NO en cualquier programa que usted no quiere aplicar. Por favor, firme su nombre abajo. **Se le avise que no hay programas de emergencia.**

PROGRAMA SECCIÓN 8 (S8 HCV)

Los solicitantes reciben ayuda de renta para viviendas de dueños privados. La renta será aproximadamente 30% de su ingreso mensual ajustado. La lista de espera es aproximadamente 3 a 4 años.

SI _____ NO _____

PROGRAMA DE VOUCHER BASADO EN EL PROYECTO (PBV)

Los solicitantes reciben ayuda de renta para apartamentos específicos localizados en el condado de Jackson. La renta será aproximadamente 30% del ingreso mensual ajustado. La lista de espera es aproximadamente 3 a 4 años.

SI _____ NO _____

GUIAS DEL INGRESO

Número de Miembros Familiar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso bruto anual máximo	30,750	35,150	39,550	43,900	47,450	50,950	54,450	57,950

Este es su recibo para sus registros personales. La dirección que proporciona en su solicitud es la dirección que usaremos para cualquier correspondencia.

***** Si hay un cambio en su DIRECCIÓN DE CORREO, debe notificarnos por escrito y enviarlo o traerlo a nuestra oficina de inmediato. Solo te contactamos por correo. Si le devuelven su carta de notificación u otro correo, será eliminado de la (s) lista (s) *****

Si necesita adaptaciones razonables, infórmenos.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al (541) 779-5785 ext. 1000.

Nombre _____ La Fecha _____



INSTRUCCIONES: POR FAVOR, LEA Y LLENE TODAS LAS AREAS. USE EL NOMBRE LEGAL POR TODOS LOS MIEMBROS DE LA CASA COMO APARECE EN SU TARJETA DE SEGURO SOCIAL.

Nombre del Solicitante: _____

La Dirección Física: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Envío: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico: _____

¿Está usted actualmente sin hogar? Sí ___ No ___

¿Alguien en el hogar tiene un requisito de registro de agresores sexuales de por vida? Sí ___ No ___

Los Miembros del Hogar: Apunte los nombres de todos los miembros de la casa quienes van a vivir en la unidad de asistencia con usted. El nombre del solicitante es primero.

Nombre Legal	Sexo	Relación al Solicitante	Fecha de Nacimiento	Discapacitado Si / No	Número de Seguro Social
1.		Si mismo			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

La siguiente información se requiere para cumplir los requisitos de oportunidad igual y asegurar que no ocurra discriminación. Al contestar esta pregunta es estrictamente voluntario.

El solicitante principal (marque todo lo que aplica) Blanco ___ Negro ___ Indio Americano/Alaskeño Nativo ___ Asiático ___ Hawaiano/Otros Isleño Pacífico ___ Hispano ___ No Hispano ___

Como aprendiste de nuestras programas? Referido por otra agencia? (cual?)

Palabra de boca? ___ Periódico? ___ Internet? ___ T.V ? ___ Folleto? ___ Otra Manera (cual?) ___

Ingresos

\$ / Mensual (antes de impuestos)	Fuente de Ingreso (Trabajo, AFS, Manutención de los Hijos, Desempleo, SSI, SSDI, etc.)

Total de bienes (balance total de cuentas del banco, propiedad, etc.) \$ _____

¿Necesita una unidad con características especiales? No aplicable Con barandillas

Sin escalones Accesible para Silla de Ruedas Detector de Humo para Sordos Otro _____

LA INFORMACION QUE ANOTE ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. ENTIENDO QUE ES UN CRIMEN DAR INFORMACION FALSA.

Firma _____ Fecha _____

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development, HUD*). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

N.º de control de OMB 2502-0581
Exp. (07/31/2012)

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.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (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	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: 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.	
Declaración de confidencialidad: 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.	
Notificación legal: 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.

--	--

Firma del solicitante

Fecha

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 u 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 surgiere 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. Respaldar 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.