For HA Use Only

Regional Housing Authority of Sutter & Nevada Counties

Solicitud de Affordable Housing

1455 Butte House Road, Yuba City, CA 95993
Phone: (530)671-0220 Toll Free: (888)671-0220
TTY: (866)735-2929 Fax: (530)673-0775
Website: www.rhasnc.org

Para cual programa desea aplicar (usted puede marcar cualquiera o todos los programas)

Town Center Senior Manor ☐ 1-Bedroom ☐ 2-Bedroom TIENE QUE SER 62 ANOS O MAYOR PARA TOWN CENTER

Percy Avenue ☐ 1-Bedroom NO AY REQUISITO DE EDAD

NOMBRE DEL SOLICITANTE (cabeza de familia)

APELLIDO _____ PRIMER _____ IN _____

DOMICILIO DE CASA _____ APT _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ _____ CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente al domicilio de casa)

_____ _____ APT _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ _____ CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO _____ TELÉFONO PARA MENSAJES _____

1. COMPOSICIÓN DE SU HOGAR

Anote a todos, incluido usted, los adultos/niños de crianza, y asistentes necesarios para el cuidado de un miembro de la familia. Recuerde que debe incluir a todos que estaran viviendo en el hogar. Si necesita más espacio, continúe all reverso de esta forma. Usted (el solicitante ó cabeza de familia) debe estar en la primera linea.

	Apellido	Primer Nombre	IN	Número de Seguro Social	Relación	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento	Edad
1					Head			
2								
3								
4								

¿Anticipa usted algún cambio en la composición de su hogar en los próximos 12 meses?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí , explique por favor _____

¿Hay algún miembro de su hogar temporalmente fuera de la residencia?

☐ Sí ☐ No Si la respuesa es sí , explique por favor _____

2. INGRESOS

Complete la siguiente información. Usted debe reportar todos los ingresos para todos los miembros de su hogar. Los ingresos pueden incluir, pero no se limitan a lo siguiente: empleo, VA Benefits, Welfare (TANF, CalWorks, General Relief), el Seguro Social, SSI, disability, desempleo, becas, compensación de trabajadores discapacitados, pensiones, anualidades, manutencion de hijos, pension alimenticia, foster care y concesión. Asegúrese de incluir contribuciones o donaciones a la familia de organizaciones o de otras personas que no vivan con usted.

Miembro del Hogar	Tipo de Ingreso	Ganancia: ($ por hora, día, semana, mes, año ...)
		$ Por
		$ Por
		$ Por
		$ Por

3. EMPLEO

Miembro del Hogar	Nombre de Empleador	Dirección de la Empleador

4. BIENES

Por favor escriba todos los bienes de todos los miembros de la familia. Tipos de bienes incluyen cuentas bancarias, fondos fiduciarios, acciones, bonos, certificados, de bienes raíces

Tipo de Cuenta	Nombre del Banco	Número de Cuenta	Saldo
Cuenta de cheques			
Cuenta de ahorros			
Otro			

5. ANTECEDENTES PENALES

Usted o alguno de los miembros del hogar han sido condenados de un crimen:

☐ Sí ☐ No

Si la respuesa es sí , explique por favor _____

Fecha de condena	Número de Archivo	Condado	Otros datos

ALIAS-Por favor anote nombres que haiga usado cualquier miembro del hogar, como nombre de soltera o cualquier otro

6. HISTORIA DE VIVIENDA

¿Usted o alguien en su hogar ha sido un inquilino de cualquier Autoridad de Vivienda o cualquier otros programas de viviendas federales?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí , donde _____

¿Usted o alguien en su hogar se han mudado de una unidad de alquiler debiendo renta, o sido desalojado de una vivienda de alquiler?

☐ Sí ☐ No Si la respuesa es sí , explique por favor _____

¿Usted esta reciviendo asistencia de viviendas actualmente?

☐ Sí ☐ No Si la respuesa es sí , de cual agencia _____

7. UNIDADES ACCESIBLES PARA LAS VIVIENDA PÚBLICAS

Si usted o un miembro de su familia parece movilidad reducida, y está solicitando una unidad de Viviendas Públicas, puede ser asignado una unidad de accesibilidad a petición del cliente, cuando una unidad este disponible.

Por favor indicá si su familia requiere de una unidad accesible

☐ No, yo/nosotros no requieremos una unidad accesible

☐ Sí, yo/nosotros requieremos una unidad accesible (Favor de indicar a continuación qué tipo)

- ☐ Apartamento totalmente accesible, diseñado para el acceso de sillas de ruedas
- ☐ Otro. Por favor, especifique _____

8. REFERENCIAS-Sólo para Viviendas Pública

Por favor escriba dos (2) personas no relacionadas o que no viven con usted, que usted ha conocido por lo menos un año.

Nombre	Dirección	Número de teléfono

9. DECLARACIÓN DE ÉTICA

HUD requiere que todos los futuros inquilinos y empleados completan la siguiente información.

Tiene usted un negocio o relación personal con cualquier empleado actual (o pasado) o miembro del consejo de la Autoridad de la zona consolidada de la Vivienda del Condado de Sutter

☐ No

☐ Yes Si la respuesa es sí , explique por favor_____

_____

10. DATOS DE RAZA Y GRUPO ETNICO

La información sobre la raza y la etnicidad solicitada en esta solicitud es voluntaria. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se anima a hacerlo

ÉTNICIDAD

☐ Hispano o Latino

☐ No Hispanio or Latino

RAZA

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska

☐ Asiatico

☐ Negro o Africano Americano

☐ Hawaiiano Nativo o Nativo de Otras Islas Pacificas

☐ Blanco

11. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo/Nosotros entendemos que debemos proporcionar verificación de que calificadomos para una preferencia y este debe ser mi/nuestra situación en el momento que se les ofresca una vivienda ó asistencia. Además, entiendo que si yo/nosotros no calificamos para la preferencia en el momento en que me/nos ofrecen una vivienda, mi/nuestro estatus de preferencia debe ser retirado y mi/nuestra solicitud será devuelta al lugar apropiado en la lista de espera .

Yo/nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud de Sección 8/Viviendas Públicas son ciertas a lo mejor de mi/nuestro conocimiento y entendemos y comprendemos que investigaciones y verificaciónes se deberan hacer por la Autoridad de Vivienda.

ADVERTENCIA: 18 U.S.C. 1001 establece que todo aquel que con conocimiento y voluntariamente produce o utiliza un documento o escritura que contenga información falsa, ficticia o fraudulenta declaración o la entrada de cualquier manera dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos sera multado o encarcelado por no más de cinco años o ambos.

TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR DEBEN FIRMAR DEBAJO

FIRMA _____ FECHA _____

FIRMA _____ FECHA _____

FIRMA _____ FECHA _____

FIRMA _____ FECHA _____