

Regional Housing Authority of Sutter & Nevada Counties

Forma para Reportar Cambios

NOMBRE DEL SOLICITANTE (cabeza de familia)

APELLIDO _____ PRIMER _____ IN _____

DOMICILIO CUANDO APLICO _____ APT _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ Zip _____

I _____ WISH TO MAKE THE FOLLOWING CHANGES TO MY APPLICATION

NOMBRE DEL CABEZA DE FAMILIA

NUEVO DOMICILIO _____ APT _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

NUEVO DIRECCIÓN POSTAL _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

NÚMERO DE TELEÉFONO _____ **TELEÉFONO PARA MENSAJES** _____

CAMBIO DE COMPOSICIÓN DE SU HOGAR

	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	IN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	SEXO (M/F)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	QUIERO AGREGAR O ELIMINAR ESA
1									
2									
3									
4									

If you are adding a family member, please provide a copy of the social security card, citizenship status, photo ID if over 18, and guardianship

INFORMACION DE PREFERENCIAS

La admision al programa de seccion 8 y / o viviendas publicas es basada en preferencias locales. Favor de indicar TODAS las categorias de preferencia que relatan a su hogar. **Usted debe marcar al menos 1 de los siguientes:**

- Desplazamiento Involuntario (Desastres, Accion Gubernamental, Accion de Dueno de hogar, la inaccesibilidad, disposicion de propiedades)
- Victima de Violencia Domestica
- Un miembro de el hogar esta en el servicio o es un veterano
- Falta de vivienda
- Residente que vive y / o trabaja en el condado de sutter, nevada o colusa
- Participante en Salvation Army Cold Weather Shelter Program, Salvation Army Transitional Housing Program o Casa de Esperanza Transitional Housing Program
- Deseo reclamar qu NO TENGO PREFERENCIA

Para recibir preferencia por cualquiera de las cajas anteriormente marcadas, debera entregar pruebas por escrito al entregar esta solicitud

CAMBIO EN INGRESOS

Complete la siguiente informacion. 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, compensacion de trabajadores discapacitados, pensiones, anualidades, manutencion de hijos, pension alimenticia, foster care y concesion. Asegurese de incluir contribuciones o donaciones a la familia de organizaciones o de otras personas que no viven con usted.

Miembro de casa	tipo de ingresos	Ganancia: (\$ por hora, dia, semana, mes, ano...)
		\$ Por

Cambio de necesidad de accesibilidad-para vivienda publica solo

Si usted o algun miembro de su hogar es la movilidad reducida, y esta aplicando para una unidad de vivienda publica, usted puede asignarse a una unidad accesible en su solicitud, proporcionando que una unidad esta disponible.

Por favor indique si su familia requiere una unidad accesible.

- No, Yo/nosotros no requerimos una unidad accesible
- Yes, Yo/nosotros si requerimos un unidad accesible (favor de indicar abajo que tipo)
 - Apartamento completamente accesible, disenado para sillas de ruedas.
 - Otro. Por favor especifique

CERTIFICACION DEL SOLICITANTE

Yo/Nosotros entendemos que debemos proporcionar verificacion de que calificamos para una preferencia y este debe ser mi/nuestra situacion en el momento que se les ofresca una vivienda o asistencia. Ademas, 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 sera devuelta al lugar apropiado en la lista de espera.

Yo/nosotros certificamos que las delaraciones hecas en esta solicitud de Seccion 8/Viviendas Publicas son ciertas a lo mejor de mi/nuestro conocimiento y entendemos y comprendemos que investigaciones y verificaciones 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 informacion falsa, ficticia o fraudulenta declaracion o la entrada de cualquier manera dentro de la jurisdiccion de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos sera multado o encarcelado por no mas de cinco anos o ambos.

TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR DEBEN FIRMAR DEBAJO

Firma _____	Fecha _____



The Regional Housing Authority of Sutter and Nevada Counties is an Equal Opportunity Employer and Housing Provider

