

# 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 Wheather 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
		\$ Por
		\$ Por
		\$ 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	_____
Firma	_____	Fecha	_____
Firma	_____	Fecha	_____
Firma	_____	Fecha	_____



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

