**SOLICITUD DE HOUSING CHOICE VOUCHER (HCV)**

Por favor tome en cuenta: Esta solicitud **NO** es para el programa de Viviendas Públicas (LIPH). La lista de espera de LIPH está abierta. Si usted desea aplicar para LIPH, por favor llene una solicitud para el programa LIPH. Esta solicitud ES para el programa de Housing Choice Voucher-HCV (Sección 8). HCV es un programa de asistencia de renta.

**Por favor, marque esta casilla si usted es una persona con una discapacidad y necesita ayuda para leer o completar esta solicitud. Usted tiene derecho de pedir a la Autoridad de Viviendas hacer una acomodación razonable de cualquier tipo para hacer los programas de RHASNC accesibles para usted. Para hacer una solicitud de este tipo, por favor comuníquese con la Autoridad de Viviendas al (530) 671-0220 o TTY (866) 735-2929 o 711. Este documento está disponible en formatos alternativos. Alisha Parker Sección 504 Coordinadora en Accesibilidad-(530) 671-0220 x 115**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**Deseó aplicar para lo siguiente: (Marque cualquiera o todos)**

**CONDADO DE SUTTER HCV** **CONDADO DE NEVADA HCV****CONDADO DE COLUSA HCV****CONDADO DE YUBA HCV**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE (CABEZA DE FAMILIA)**

APELLIDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRIMER \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

**ESPOSO(A) /CO-SOLICITANTE**

APELLIDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRIMER \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

**ATRIBUTOS DE FAMILIA:**

NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INGRESO ANUAL $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSICION DE SU HOGAR** | | | | | | | | |
| Anote a todos, incluso usted mismo, niños adoptados/adultos, y asistentes necesarios para el cuidado de un miembro de la familia. Recuerde que debe incluir a todos que estarán viviendo en el hogar. Si necesita más espacio, continúe en la parte posterior de este formulario. Usted (el solicitante/ cabeza de familia) debe estar en la primera línea. | | | | | | | | |
|  | Apellido | Primer Nombre | IN | Numero de Seguro Social | Relacion al Cabeza de familia | Sexo (M/F) | Fecha de Nacimiento | Edad |
| 1 |  |  |  |  | Cabeza de familia |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RECOPILACION DE DATOS DE LISTA DE ESPERA (Esta información es para fines estadísticos de HUD-Se le pedirá que proporcione información relativa a las preferencias en la lista de espera más adelante en este formulario. ESTA INFORMACION NO ES PARA PREFERENCIAS DE LISTA DE ESPERA)**

**EL CABEZA DE FAMILIA O CO-SOLICITANTE** (Marque cualquiera que aplique a usted)

CERCA DE EDAD AVANZADA (SE DEFINE COMO POR LO MENOS 50 ANOS DE EDA, PERO MENOS DE 62 ANOS DE EDAD)

EDAD AVANZADA (SE DEFINE COMO POR LO MENOS 62 ANOS DE EDAD)

DISCAPACITADA

**ESTA SU FAMILIA** (Marqué cualquiera que apliqué a usted)

DESPLAZADA (DEFINIDO COMO UNA FAMILIA EN LA QUE CADA MIEMBRO ES UNA PERSONA DESPLAZADA POR UNA ACCION GUVERNAMENTAL O UNA PERSONA CUYA RESIDENCIA HA SIDO AMPLIAMENTE DANADA O DESTRUIDA COMO RESULTADO DE UN DESASTRE

FALTA DE VIVIENDA (DEFINIDA COMO UNA FAMILIA QUE CARECE DE UNA RESIDENCIA REGULAR Y FIJA POR LA NOCHE, LO QUE SIGNIFICA: TIENE UNA RESIDENCIA QUE ES PÚBLICA O PRIVADA QUE NO ESTA EN CONDICIONES DE HABITABILIDAD, O VIVE EN UN REFUGIO)

**RAZA/ ETNICIDAD:** Esta información es confidencial y solo se utiliza para fines de información gubernamental para supervisar el cumplimiento de las leyes de igualdad de oportunidades. Por favor tenga en cuenta que la auto-identificación de la raza/etnicidad es voluntaria.

Origen Étnico (Por favor seleccione solo uno):  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Raza (Por favor, seleccione uno o más):

Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Africano Americano

Nativo Hawaiano o Nativo de Otras Islas Pacificas  Blanco  Otra

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ACCESIBILIDAD**

¿Usted o algún miembro de su familia necesita alguna forma de accesibilidad? (Por favor seleccione uno o más de uno)

Si, Acceso de Oído  Si, Acceso de movilidad  Si, Acceso de Vista

No, yo/nosotros no necesitamos una unidad accesible.

**PREFERENCIAS**

Por favor indique TODAS las categorías de preferencia que sean relacionadas a su hogar**. PARA RECIBIR PREFERENCIA POR CUALQUIERA DE LAS CAJAS ANTERIORMENTE MARCADAS, DEBERA ENTREGAR PRUEBAS POR ESCRITO AL ENTREGAR ESTA SOLICITUD**. **CUALQUIER PREFERENCIA PUEDE SER ACTUALIZADA EN CUALQUIER MOMENTO DESPUES DE QUE SEA COLOCADO EN LA LISTA DE ESPERA AL COMPLETAR UN FORMULARIO DE ACTUALIZACION DE APLICACION. USTED NO PERDERA NINGUNA PREFERENCIA DESPUES DE SER VERIFICADA.**

Desplazamiento Involuntario (Desastre, Acción Gubernamental, Acción de Dueño de hogar, Inaccesibilidad, Disposición de propiedad)

Víctima de Violencia Domestica (Actual o dentro de los últimos 6 meses)

Un miembro del hogar esta en el servicio o es un veterano

Residente que vive y/o trabaja en el Condado de Sutter, Yuba, Nevada o Colusa

Preferencia de Trabajo (Familias donde por lo menos un adulto este empleado o ha estado empleado en los últimos 6 meses; incluyendo hogares donde por lo menos un adulto estuvo empleado y ahora está recibiendo desempleo. Esta preferencia se extiende automáticamente a familias de edad avanzada o familias cuyo cabeza de familia y/o esposo/a esta recibiendo ingreso basados en su discapacidad permanente.

Deseó declarar que NO TENGO PREFERENCIA

**DECLARACION DE ETICA**

HUD requiere que todos los futuros inquilinos y empleados proporcionen la siguiente información:

¿Tiene usted un negocio o relación personal con algún empleado actual (o pasado) o miembro del consejo de Autoridad de Viviendas Regional de los Condados de Sutter y Nevada?  No  Si-Si la respuesta es sí, explique por favor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICACION DEL SOLICITANTE**

Yo/nosotros entendemos que debemos proporcionar verificación de que calificamos para una preferencia y este debe ser mi/ nuestro estado en el momento que se nos ofrezca una vivienda o 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 son ciertas a lo mejor de mi/ nuestro conocimiento e entendimiento y comprendemos que investigaciones y verificaciones se deberán hacer por la Autoridad de Viviendas.

**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 declaración fraudulenta o la entrada de cualquier manera dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos será 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**