**Programa de vales basado en proyectos Yolo**

Tenga en cuenta: Esta solicitud **NO es**  para el programa de vales de elección de vivienda de la Sección 8. Esta aplicación ES para Yolo Apartments-Project Based Voucher Program (Yolo-PBV)). Yolo-PBV es una forma de vivienda en la que vivirá una unidad que tiene asistencia de alquiler proporcionada por la Autoridad de Vivienda. PBV se limita a unidades específicas disponibles designadas por la Autoridad de Vivienda y HUD.

**Marque esta casilla si usted es una persona con discapacidad y necesita ayuda para leer o completar este formulario. Usted tiene el derecho de pedirle a la Autoridad de Vivienda que haga una adaptación razonable para usted. Para hacer dicha solicitud, comuníquese con la Autoridad de Vivienda al (530) 671-0220 o TTY (866) 735-2929 o 711. Este documento está disponible en formatos alternativos.**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**El estándar de ocupación para Yolo-PBV es**

**1 BR ------- 1-3 Personas 3 BR ------- 5-7 Personas**

**Este es nuestro estándar de ocupación normal. Las excepciones a la norma anterior se pueden hacer como una adaptación razonable para un miembro de la familia discapacitado.**

**DESEO SOLICITAR LO SIGUIENTE (Marcar cualquiera o todos)**

**Un Recamara  tres Recamaras**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE (JEFE DE HOGAR)**

APELLIDO \_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_

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

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

**CÓNYUGE/CODIRECTOR**

APELLIDO \_\_\_\_

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

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

**ATRIBUTOS FAMILIARES:**

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_ INGRESOS ANUALES $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSICIÓN DEL HOGAR** | | | | | | | | |
| Haga una lista de todos, incluidos usted, niños / adultos de crianza temporal y asistentes internos que son necesarios para el cuidado de un miembro de la familia. Recuerde enumerar a todos los que vivirán 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 1ª línea. | | | | | | | | |
|  | Apellido | Primero | MI | Número de Seguro Social | Relación con la cabeza | Sexo (H/M) | Fecha de nacimiento | Edad |
| 1 |  |  |  |  | Cabeza |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**¿Hay adultos en el hogar sujetos a un requisito de registro de por vida bajo un programa estatal de registro de delincuentes sexuales?  SÍ  NO**

**En caso afirmativo, por favor enumere y explique \_\_\_**

**PREFERENCIA**

Por favor, indique TODAS las categorías de preferencias que se relacionan con su hogar. PARA RECIBIR PREFERENCIA PARA CUALQUIERA DE LAS CASILLAS MARCADAS A CONTINUACIÓN**, DEBE PROPORCIONAR UNA PRUEBA POR ESCRITO, LAS PREFERENCIAS NO SE AGREGARÁN HASTA QUE SE HAYA RECIBIDO LA DOCUMENTACIÓN.** LAS PREFERENCIAS SE PUEDEN ACTUALIZAR EN CUALQUIER MOMENTO DESPUÉS DE HABER SIDO COLOCADO EN LA LISTA DE ESPERA COMPLETANDO UN FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE LA SOLICITUD. NO PERDERÁ UNA PREFERENCIA UNA VEZ QUE SE HAYA VERIFICADO.

Vivir / Trabajo / Ancianos / Discapacitados en la ciudad de Yuba City

Vivir/Trabajar/Ancianos/Discapacitados en el Condado de Sutter

Un miembro de la familia es una persona de servicio o veterano

Solicitantes sin hogar en la jurisdicción de RHA

**RECOPILACIÓN DE DATOS DE LISTA DE ESPERA (Esta información es solo para fines estadísticos de HUD)**

**ES EL JEFE O CÓNYUGE CO/JEFE** (Marque los que sean aplicables)

CERCA DE ANCIANOS (DEFINIDOS COMO AL MENOS 50 AÑOS DE EDAD, PERO MENORES DE 62 AÑOS)

ANCIANOS (DEFINIDOS COMO AL MENOS 62 AÑOS DE EDAD)

DESHABILITADO

**ES SU FAMILIA** (Marque los que correspondan)

DESPLAZADO (DEFINIDO COMO UNA FAMILIA EN LA QUE CADA MIEMBRO ES UNA PERSONA DESPLAZADA POR UNA ACCIÓN GUBERNAMENTAL O UNA PERSONA CUYA VIVIENDA HA SIDO AMPLIAMENTE DAÑADA O DESTRUIDA COMO RESULTADO DE UN DESASTRE).

PERSONAS SIN HOGAR (DEFINIDAS COMO UNA FAMILIA QUE CARECE DE UNA RESIDENCIA NOCTURNA FIJA, REGULAR Y ADECUADA, LO QUE SIGNIFICA: TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA QUE ES UN LUGAR PÚBLICO O PRIVADO QUE NO ESTÁ DESTINADO A LA HABITACIÓN HUMANA, O VIVE EN UN REFUGIO)

**RAZA/ETNIA:** Esta información es confidencial y solo se utiliza para fines de informes gubernamentales para monitorear el cumplimiento de las leyes de igualdad de oportunidades. Tenga en cuenta que la autoidentificación de raza / etnia es voluntaria.

Categorías étnicas (seleccione solo una):  No hispano o latino  Hispano o Latino

Carrera (Seleccione una o varias):

Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano

Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico  Blanco  Otro

**ACCESIBILIDAD**

¿Usted o algún miembro de su familia necesita alguna característica de accesibilidad? (Seleccione uno o más).

Sí, acceso auditivo  Sí, Acceso movilidad

Sí, acceso a la vista  No, yo/nosotros no requerimos ninguna característica de accesibilidad.

**DECLARACIÓN DE ÉTICA**

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

¿Tiene una relación comercial o personal con algún empleado actual (o pasado) o miembro de la junta directiva de la Autoridad Regional de Vivienda?  No  Sí-En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Yo / Entendemos que Yo / Nosotros debemos proporcionar verificación de que estamos calificados para una preferencia, y esto debe ser por mi / nuestro estado en el momento en que se nos ofrece asistencia de vivienda. Además, entiendo que si yo / nosotros no calificamos para la preferencia en el momento en que a mi / nuestro hogar se le ofrece vivienda, mi / nuestro estado de preferencia será retirado, y mi / nuestra solicitud será devuelta al lugar apropiado en la lista de espera.

Yo / Nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta Aplicación son fieles a lo mejor de mi / nuestro conocimiento y creencia y entendemos que para fines de verificación las consultas deben ser realizadas por la Autoridad de Vivienda.

**ADVERTENCIA 18 U.S.C. 1001 establece que quien a sabiendas y voluntariamente haga o use un documento o escrito que contenga una declaración o entrada falsa, ficticia o fraudulenta de cualquier manera dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos será multado o encarcelado por no más de 5 años, o ambos.**

**La Ley de Empleo y Vivienda Justa de California prohíbe la discriminación en la vivienda sobre estas mismas bases, así como el género, la identidad de género, la expresión de género, la orientación sexual, el estado civil, la ascendencia, la fuente de ingresos y la información genética.**

**Las quejas por discriminación pueden presentarse ante el Departamento de Empleo Justo y Vivienda de California**  [**en www.dfeh.ca.gov**](http://www.dfeh.ca.gov)**, o la Oficina de Vivienda Justa e Igualdad de Oportunidades de HUD en www.hud.gov**

**TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR DEBEN FIRMAR A CONTINUACIÓN**

**Firma \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_**

**Por favor devuelva las solicitudes completas firmadas a:**

**RHA**

1455 Butte House Road, Yuba City, CA 95993

Teléfono: (530) 671-0220, Línea gratuita: (888) 671-0220

TTY: (866) 735-2929, Fax: (530) 673-0775

reception@regionalha.org