

Imperial Valley Housing Authority

1402 D Street, Brawley, CA 92227
(760) 351-7000
1690 West Adams Ave., El Centro, CA 92243
(760) 337-7500

DO NOT WRITE IN THIS SPACE PID# _____ BR _____ PREFERENCE _____
PROGRAMS _____ DATE _____ TIME _____ STAFF _____

Solicitud para Asistencia con la Vivienda

USE TINTA NEGRA O AZUL - CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS-NO DEJE EN BLANCO

SECCION 1 – Información - miembro principal del hogar

Nombre legal completo: _____

Domicilio Actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Domicilio de Correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

¿Es Veterano de los Estados Unidos o viuda/viudo de un veterano de los Estados Unidos? Si No

¿Ha sido la casa donde vive actualmente condenada por la ciudad o el condado? Si No
Proporcionar una copia or foto del aviso oficial puesto en la estructura o carta recibida.

¿Vive o trabaja en nuestra jurisdicción que incluye: El Centro, Brawley, Imperial, Westmorland, Calipatria, Heber, Holtville, Niland, Desert Shores, Salton City, Winterhaven, Ocotillo, Seeley Si No

Nombre del empleador y ciudad donde trabaja: _____

SECCION 2 – Opciones de Vivienda

Hemos cerrado ciertos tamaños de habitaciones en la lista de espera

Por favor seleccione Vivienda publica/ Unidades subsidiada por el gobierno del Estado/ Federal:

Brawley Westmorland Calipatria El Centro Holtville

Viviendas para trabajadores de agricultura (debe ganar minimo \$5753 p/año de trabajo de agricultura)

Housing Choice Voucher para personas discapacitadas

Mi familia incluye a una persona discapacitada entre de 18 y 61 anos de edad: Si No

Project Based Section 8 Lista de espera:

Westmorland Calipatria Heber

Imperial Senior (deber tener 62 anos de edad o mas o discapacitado)

Holtville Senior (deber tener 55 anos de edad o mas o discapacitado)

Brawley Senior (deber tener 55 anos de edad o mas o discapacitado)

Estacionamientos para casas movil (debe ser dueño de su propia casa móvil)

¿Usted o algún miembro de su familia tiene alguna incapacidad que requiera una unidad accesible para acomodar la incapacidad?
Describa la modificación, ejemplo: soporte de seguridad, baño accesible _____

SECCION 3 – Información de Miembros de la familia – Incluya a los que vivirán nada más parte del tiempo

Nombre Legal	Relación a la cabeza de la familia	Sexo M o F	Fecha de nacimiento	Edad	Ciudad y Estado de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Estudiante de tiempo completo Sí o No
1)	Solicitante						
2)							
3)							
4)							
5)							
6)							
7)							
8)							

SECCION 4 – Información de bienes e ingresos

Incluya toda fuente de ingresos: salario, asistencia de ex-marido, manutención para niños, Beneficios de Seguro Social, pensiones/retiro, beneficios de veteranos, incapacidad/ compensación de trabajo, AFDC/Ayuda con dinero, ingresos de propiedades de renta, dividendos de acciones y cualquier otra fuente de ingresos a la familia. El omitir información de ingresos puede causarle la descalificación para programas de renta. Incluya contribuciones de otras fuentes tal como asistencia monetaria ((efectivo) de miembro de su familia o amigos.

Miembro de familia	Fuente de ingresos	Cantidad de ingresos	Frecuencia (semana, quincena, mes)

¿Se deriva algo del ingreso de la familia de trabajo del campo/agricultura? Sí (mínimo \$5753 p/año) No

¿Ha algún miembro de la familia recibido un pago grande por junto? Sí No

¿Algún miembro de su familia es dueño de propiedades en cualquier país? Sí No

¿Algún Miembro de su familia tiene una cuenta bancaria? Sí No

Nombre de Banco: _____ Nombre del cuenta habiente: _____

¿Es usted o alguien mas responsable por el pago del vehiculo?

¿Algún miembro gana dinero por rentas de apartamentos, propiedad, terrenos? Sí No

SECCION 5 – Información de la familia

¿Ha usted o algún otro miembro de su familia usado otro nombre(s) o numero(s) de Seguro Social que no sea el propio?

Sí No Si sí, explique:

Por favor apunte el nombre(s) de miembros de la familia que nomás viven en su casa parte del tiempo, incluya el número de días que la persona vive en la casa cada mes:

IVHA Investigara el historial criminal de todos los adultos en esta solicitud – Esta acción es permitida por el código Penal 11105.003 y la ley (Meagan’s Law).

¿Ha sido usted o algún miembro del hogar condenado por un crimen en los últimos 5 años? Sí No Explique:

¿Usted o algún otro miembro de su familia esta libre bajo libertad supervisada? (Probation, Parole) Sí No

¿Algún miembro de su familia se tiene que registrar como ofensor sexual en cualquier estado? Sí No

¿Algún miembro de su familia ha sido desalojado de algún programa de vivienda asistido con fondos federales por haber proveído información fraudulenta o tiene que pagarle al programa por haber presentado información falsamente? Sí No Si sí, explique:

¿Se encuentra algún miembro de la familia actualmente ausente de la casa? Sí No Si sí, explique:

¿Ha algún miembro de su familia recibido asistencia de vivienda de parte de esta Autoridad de Vivienda?

Sí No ¿Si sí, fue su asistencia terminada por la Autoridad de Vivienda? Sí No

¿Debe usted dinero a algún programa de asistencia con la vivienda Federa o del estado? Sí No
(Su respuesta será verificada por El sistema Enterprise Income Verification System para ver si es correcta)

ADVERTENCIA: Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos indica, una persona es culpable de una felonía por a sabiendas hacer declaraciones falsas a cualquier Departamento o agencia de los Estados Unidos, el hacer declaraciones falsas es una felonía bajo la ley de California, Código Penal secciones 115, 118, 487, 532, y puede resultar en cargos criminales.

Al firmar esta solicitud los miembros adultos de esta familia, certifican que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento. Los miembros adultos entienden que es su responsabilidad el reportar cambios a la solicitud a tiempo. Todos los miembros adultos certifican que la residencia servirá como la vivienda principal de la familia.

Firma del Solicitante

Fecha

Co-solicitante

Fecha

Miembro Adulto de la Casa

Fecha

Miembro Adulto de la Casa

Fecha

Si usted o alguien en su familia es una persona con incapacidades y requiere alguna acomodación especifica para poder hacer uso completo de nuestros programas y servicios, favor de ponerse en contacto con la autoridad de vivienda Llame al (760)351-7000 ext 118

Identificación Étnica Propia: La información tocante a raza, origen nacional, y sexo, solicitada en esta solicitud es pedida para asegurarle al Gobierno Federal, por medio del Servicio de Vivienda Rural que se cumple con la ley Federal que prohíbe la discriminación a solicitudes de inquilinos en base a raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado familiar, edad, e incapacidad. No se le requiere que provea esta información, pero si se le incita a hacerlo. Esta información no será usada para evaluar su solicitud o para discriminar en su contra de alguna manera. Sin embargo, si usted elige no proveerla, se le requiere al dueño el anotar la raza, etnicidad y sexo de los solicitantes en base a observación visual o apellido.

Blanco Afro-Americano Hispano Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático/Isleño del Pacifico

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades y empleador



Certificación de archivo Criminal y Consentimiento para investigarlo

La Autoridad de Vivienda del Valle Imperial lleva a cabo una investigación del historial criminal de todos los adultos la cual esta incluida en esta solicitud de vivienda.

- ✓ Por este conducto, certifico que ha declarado a la Autoridad de Vivienda de el Valle Imperial todo record criminal
- ✓ Por este conducto, doy mi consentimiento la agencia policiaca Federal, Estatal, o local apropiada de proporcionar información a la Autoridad de Vivienda de el Valle Imperial con proposito de llevar a cabo una investigación criminal para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia de vivienda bajo subsidio. Esta información, conforme al P.C. Seccion 11105, sera considerada estrictamenta confidencial y se utilizara solamente para determinar mi elegibilidad para asistencia de renta.

DEBEN FIRMAR TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE 18 AÑOS O MAYORES

Nombre	Licencia/ID Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Firma

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Firma de solicitante

Fecha

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respaldamos los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.