

Esta parte superior es para ser completada por HACLA

Propiedad: _____ # de unidad _____ Fecha de su cita: _____

Apellido del jefe de hogar: _____ Nombre: _____

Residentes: Favor de leer el **Aviso de No Discriminación Basada en Discapacidad y Política de Adaptación Razonable** (S504-01). Si se requiere una adaptación razonable debido a una discapacidad, complete el Cuestionario de Adaptación Razonable (S504-02) y/o notifique a su trabajador de HACLA.

Regulaciones federales requieren que la Autoridad de Vivienda verifique todas las fuentes de ingresos, activos y deducciones de todos los miembros del hogar. Para asegurarse de que su alquiler sea calculado correctamente y con el menor número de complicaciones o inconvenientes para su familia, por favor acuda a la entrevista con la siguiente información y documentación:

- Identificación con fotografía emitida por una agencia del gobierno (licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado, pasaporte, tarjeta de residencia, etc.) **y** tarjeta de Seguro Social y certificado de nacimiento para **cualquier miembro nuevo** o cualquier adición a su hogar.
- Verificación de todas las fuentes de ingresos, que incluye los documentos **originales o auténticos más recientes** procedentes de la fuente de ingresos, como el empleador, la Administración del Seguro Social, DPSS, la institución bancaria, etc... Ejemplos específicos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:
 - Talones de pago (como mínimo los 2 talones de pago consecutivos más recientes)
 - Informe/resumen de nómina
 - Avisos del empleador, cartas de contratación o despido
 - Cartas de verificación de beneficios de SSA
 - Estado de cuentas bancarias (el estado de cuenta mensual o trimestral más reciente)
 - Talones de pago de manutención de niños
 - Cartas y/o reportes de beneficios de asistencia (Aviso de acción de DPSS)
 - Avisos de beneficios monetarios por desempleo
 - Recibos de gastos médicos y de discapacidad (para hogares cuyo jefe/co-jefe/cónyuge tiene 62 años de edad o más o esta discapacitado)
- El nombre, domicilio y teléfono de todas las fuentes de ingreso y proveedores de cuidado de menores.
- Nombre y domicilio de cualquier colegio/escuela/institución atendida por cualquier miembro adulto del hogar.

ADVERTENCIA: El Título 18, 1001 (18 U.S.C. 1001) establece que cualquiera que a sabiendas y por voluntad propia haga uso de un documento o escrito que contenga alguna información o declaración falsa, ficticia o fraudulenta en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de todo departamento u agencia de los Estados Unidos, será multado o encarcelado por un plazo no mayor de cinco años, o ambas cosas. Hacer declaraciones falsas es un delito grave según los códigos penales de California, sección 115, 118, 487 y 552, y puede dar lugar a cargos penales.

Complete esta solicitud antes de su cita programada y llévela a la cita junto con toda la documentación de respaldo correspondiente enumerada anteriormente. Por favor complete todas las preguntas y escriba claramente. Utilice solo tinta azul o negra. Todas las preguntas deben ser respondidas. Pregunte a su trabajador de HACLA si necesita asistencia o si no tiene en claro cualquiera de las preguntas.

A. INFORMACIÓN DE CONTACTO: Por favor provea su información de contacto actual:

No. de teléfono: Hogar: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Otro: _____

B. PERSONAS A LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

Nombre	Parentesco	Domicilio, ciudad, estado, código postal	Teléfono

C. COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

1. Haga una lista de todos, incluyéndose usted, los menores, otros adultos, niños/adultos de acogida y asistentes internos (si presentes y necesarios para el cuidado de un miembro de la familia), que vivirán en la unidad de vivienda pública. **Debe completar cada casilla para cada miembro del hogar.** Usted (el jefe de familia) debe estar en la primera línea. **Si no hay un co-jefe, deje la Línea # 2 en blanco.** Si requiere más espacio, por favor continúe en el espacio provisto en la página 5.*

Ln #	Apellido	Nombre	Inicial 2o. nombre	Número de Seguro Social	Parentesco con el jefe de familia	Genero H/M	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Edad	Lugar de nacimiento	Etnicidad 1 = Hispano 2 = No Hispano	Raza 1 = Blanco 2 = Negro/Afr Amer 3 = Indio Amer 4 = Asiático 5 = Hawái Nativo/PI	Si adulto, es estudiante de tiempo completo Si/No	Si adulto, es Veterano Si/No**	No. de licencia de conducir o de identificación (Si joven menor de 18 años = "N/A")
1					Jefe de familia									
2					Co-jefe									
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														

2. ¿Se ha mudado fuera de su hogar algún miembro en los últimos 12 meses? Sí No. Si "Sí", quien y cuando se mudó: Nombre: _____ Cuando: _____
3. ¿Se ha mudado a su hogar algún miembro nuevo en los últimos 12 meses? Sí No. Si "Sí", quien y cuando se mudó: Nombre: _____ Cuando: _____
4. ¿Anticipa algún cambio en la composición de su hogar durante los próximos 12 meses? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____
5. ¿Hay algún miembro de su hogar enlistado arriba que esté temporalmente fuera de la residencia? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____

* Se proporciona espacio adicional para esta u otra pregunta en la página 5.

** Veterano = miembro activo o veterano del servicio militar de los Estados Unidos (Ejército, Fuerza Naval, Fuerza Aérea, Cuerpo de la Marina o Guardia Costera)

6. ¿Alguien en el hogar que no tenía estado migratorio obtuvo un estatus migratorio elegible desde su última revisión? Sí No N/A. Si "Sí", por favor explique: _____
7. En los últimos 18 meses, ¿algún miembro de su hogar ha sido arrestado y/o condenado por algún delito aparte de violaciones de tráfico? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____
8. ¿Alguien que no está incluido en el hogar usa su domicilio para algún propósito, incluyendo recibir correo? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____
9. ¿Usted o algún miembro de su hogar debe registrarse como delincuente sexual en cualquier estado? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____

D. INGRESOS:

1. Enumere **todas las fuentes de ingresos** para **cada miembro** de su hogar. Ejemplos de ingresos incluye, pero no se limita a los siguientes: Empleo (incluido el trabajo por cuenta propia), beneficios del V.A., beneficios de asistencia (TANF/Calworks, Ayuda General), Seguro Social, SSI, beneficios de discapacidad, desempleo, becas, capacitación remunerada o pasantía, compensación al trabajador, pensiones, anualidades, manutención de menores, pensión conyugal, pagos por cuidados de crianza temporal, KinGap y CAPI.

Enumere todas las fuentes de ingresos de todos los miembros de la familia					
Use otra hoja de papel y adjúntela si necesita más espacio					
Nombre del miembro de la familia	Tipo de ingresos	Fuente (nombre del empleador, del banco, agencia...)	Domicilio de la fuente de ingresos	Núm. de teléfono/fax	Monto (Cantidad que recibe por día, semana, mes, año...)
					\$ por
					\$ por
					\$ por
					\$ por
					\$ por
					\$ por
					\$ por

2. ¿Alguien en su hogar anticipa algún cambio en los tipos, fuentes y/o cantidades de ingresos en los próximos 12 meses? (Ejemplo - alguien con discapacidad o desempleado que regresa al trabajo, alguien que se retira) Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____
3. ¿Alguien en su hogar recibe estampillas de comida? Sí No. Si "Sí", quien _____ valor \$ _____
4. ¿Alguna persona u organización ajena a su hogar le da dinero a usted o a un miembro de su hogar o paga alguna de sus facturas, o le proporciona suministros (como gasolina, comestibles, matrícula escolar...)? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____
5. Para pago militar, ¿incluye pago por "fuego hostil"? Sí No N/A. Si "Sí", cantidad \$ _____
6. ¿Alguien en el hogar ha recibido algún otro ingreso en los últimos 12 meses no mencionado anteriormente? Sí No. Si "Sí", por favor describa: _____

E. ACTIVOS: Activos incluyen cuentas bancarias y de cooperativas de crédito (cuentas de cheques, ahorros), certificados de depósito, fondos mutuos, acciones, bonos y cualquier otro activo (incluyendo pero no limitado a pólizas de seguros/anualidades, colecciones como estampillas o monedas que se mantienen como inversión).

1. ¿Algún miembro de su hogar mantiene/posee algún activo? Sí No. Si "Sí", por favor describa:

Nombre del miembro de la familia	Tipo de activo	Nombre de la institución	Número de cuenta	Valor (Balance)

2. ¿Alguien en su hogar posee bienes raíces (incluye casas, propiedades de alquiler, edificios, terrenos, o casas móviles)? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____
3. ¿Alguien en su hogar ha vendido bienes raíces o se ha deshecho de activos en algún momento en los últimos 12 meses? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____

F. GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS

1. ¿Alguien en su hogar tiene gastos de guardería/cuidado para niños **de 12 años de edad o menores**? Sí No. Si "Sí", por favor explique abajo.

Nombre del niño	Edad	Cantidad de gastos por semana/mes
		\$ _____ por _____
		\$ _____ por _____
		\$ _____ por _____

2. ¿El cuidado de niños provisto permite que un adulto en su hogar sea empleado, asista a la escuela o reciba capacitación laboral (y actividades relacionadas)? Sí No. Si "Sí", por favor explique: _____

G. GASTOS DE DISCAPACIDAD

1. ¿Paga su familia por un asistente de cuidado, un animal de servicio o algún equipo para cualquier miembro del hogar con discapacidades que sea necesario para permitir que esa persona u otro adulto en el hogar trabaje? Sí No.
 Si "Sí", ¿desea que consideremos estos gastos en el cálculo de su alquiler? Sí No
 Si "Sí", por favor proporcione una lista de dichos gastos (descripción de artículo(s) y costos).

H. SOLO PARA FAMILIAS CON ANCIANOS O DISCAPACITADOS - ¿Tiene el jefe, co-jefe, o cónyuge 62 años de edad o más o es una persona con una discapacidad? Sí No

Si "Sí", por favor complete esta sección. Si "No", por favor pase a la página 6.

1. ¿Paga usted por Medicare? Sí No. Si "Sí", ¿qué parte paga y cuál es su prima mensual?
 Parte A \$ _____ Parte B \$ _____ Parte D \$ _____

2. ¿Tiene usted algún otro tipo de seguro médico? Sí No. Si "Sí", por favor proporcione lo siguiente:

# de póliza	Nombre del agente de seguros	Compañía de seguros	Domicilio	Teléfono	Prima mensual
					\$ _____
					\$ _____

3. ¿Alguien en su hogar está pagando facturas médicas pendientes (incluyendo dental y/o de la vista)? Sí No. Si "Sí", por favor proporcione lo siguiente:

Nombre del proveedor	Domicilio del proveedor	Teléfono/fax	Cantidad por mes /balance

4. ¿Usted o algún miembro de su hogar espera tener gastos médicos adicionales en los próximos 12 meses que no serán cubiertos por el seguro? Esto incluye medicamentos recetados y no recetados, copagos, exámenes médicos, anteojos, aparatos auditivos u otros costos médicos.
 Sí No. Si "Sí", por favor proporcione lo siguiente junto con documentos de respaldo:

Miembro del hogar	Tipo(s) de gasto	Nombre y domicilio del beneficiario	Cantidad por mes

HACLA debe completar esta casilla

de unidad _____ # de residente: _____

CERTIFICACIONES DEL RESIDENTE

Certifico/certificamos que las declaraciones hechas en esta Solicitud Para Inquilinato Continuo son verdaderas a mi/nuestro leal saber y entender, y comprendemos que por fines de verificación, consultas deberán ser realizadas por la Autoridad de Vivienda (HACLA). Autorizo/autorizamos a mi(s) empleador(es), al Departamento de Servicios Sociales Públicos, a la Administración del Seguro Social y a cualquier otra entidad, a divulgar cualquier y toda la información sobre mí/nosotros que la Autoridad de Vivienda considere necesaria para aprobar mi participación continua en el programa de Vivienda Pública. Yo/nosotros entendemos que cualquier declaración falsa o incompleta hecha en esta solicitud hará que yo/nosotros no seamos elegibles y/o sujetos a desalojo. Certifico/certificamos bajo pena de perjurio según las leyes del estado de California que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Entiendo/entendemos que de acuerdo con nuestro contrato de arrendamiento de alquiler, estoy/estamos obligados a informar todos los cambios en el ingreso familiar y/o la composición familiar al momento de la revisión anual o de cualquier revisión. Yo/nosotros entendemos que el no informar cambios puede resultar en un cargo de alquiler retroactivo. Entiendo/entendemos que cualquier adición al hogar debe ser por escrito y requiere la aprobación por escrito de HACLA.

Certifico/certificamos que las declaraciones anteriores fueron explicadas y/o traducidas a mí por una fuente confiable y/o por un empleado de HACLA.

La información anterior fue traducida a mí en _____ N/A _____
 Residente escriba su idioma Iniciales del Residente

Firma	Ciudad y estado donde se firmó	Fecha
Jefe de familia		
Co-jefe		

CERTIFICACION DE LOS MIEMBROS ADULTOS (18 de edad o más) DEL HOGAR QUE NO SEAN NI EL JEFE DE FAMILIA NI EL CO-JEFE

Certifico que la información proporcionada en esta Solicitud Para Inquilinato Continuo es verdadera y completa a mi leal saber y entender, y entiendo que la Autoridad de Vivienda realizará varias consultas con el fin de verificar dicha información. Además, autorizo a mi(s) empleador(es), al Departamento de Servicios Sociales Públicos, a la Administración de la Seguridad Social y a cualquier otra entidad, a divulgar cualquier y toda información sobre mí, que la Autoridad de Vivienda considere necesaria, para aprobar mi participación continua en el programa de Vivienda Pública. Certifico/certificamos bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que toda la información proporcionada sobre mí en esta solicitud es verdadera y correcta.

También entiendo que no adquiero interés en ninguna unidad de vivienda pública que pueda ser posteriormente arrendada al jefe de familia/co-jefe. Mi firma tiene el propósito de certificar la información provista en esta solicitud de Vivienda Pública y autorizar la divulgación de información sobre mí.

Nombre (con letra de molde)	Firma	Ciudad y estado donde se firmó	Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE HACLA

I have reviewed the application in its entirety with the above Resident (and Co-Resident) for completeness. Any items that were not complete on the date this application was originally submitted have now been entered, dated, and initialed by the Resident (and Co-Resident).

HACLA Staff Name (Print)
Signature
Title
Date