



PRE-APLICACION PARA ASISTENCIA DE VIVIENDA

MARQUE LO QUE APLIQUE

- Residente de Port Hueneme
 Empleado en Port Hueneme

TIPO DE VIVIENDA

- HCV (Sección 8)
 Mar Vista (Deshabilitado/Mayor Edad)
 Vivienda Publica

Usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad que requiera acomodación razonable? SI NO

NOMBRE LEGAL DE LAS PERSONAS QUE OCUPARAN LA UNIDAD	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	OCUPACIÓN	REQUIERE ACOMODACION
1. _____	<u>CABECERA</u>	_____	_____	_____	SI/NO
2. _____	_____	_____	_____	_____	SI/NO
3. _____	_____	_____	_____	_____	SI/NO
4. _____	_____	_____	_____	_____	SI/NO
5. _____	_____	_____	_____	_____	SI/NO

Nota: La siguiente información es requerida para cumplir con los requisitos de Oportunidad y Igualdad y para asegurar que no ocurra discriminación. Su respuesta no afectara su Aplicación. La cabecera de su hogar es:

Blanco Afro/Americano Indio Nativo/Alaska Nativo Asian/Islas Pac. Hispano Otro

Numero de licencia de conducir # _____ Seguro Social # _____

Licencia de Conducir del Esposo(a)# _____ Seguro Social # _____

Licencia de Conducir (Otro Adulto) # _____ Seguro Social # _____

Usted u otro miembro de la Familia reciben Beneficios de Seguro Social /SSI? SI NO

¿Cuál es su INGRESO MENSUAL en BRUTO? _____ (Esta cantidad debe incluir todos los ingresos)

ESTA FORMA NECESITA ESTAR COMPLETADA O UNA EXPLICACIÓN DEBE SER REQUERIDA PARA ALGUNA PREGUNTA(S) QUE SE DEJE EN BLANCO ANTES DE QUE SU APLICACIÓN SEA CONSIDERADA.

CERTIFICACIÓN DEL APLICANTE: Yo/Nosotros certifico que la información proveída esta completa y es correcta. Yo/Nosotros entiendo que falsos testimonios e información pueden ser castigado bajo la ley federal. Yo/Nosotros también entiendo que falsos testimonios o información son motivos para negar asistencia con la vivienda.

_____ Firma de Cabecera del Hogar	_____ Fecha	_____ Firma del Esposo (a)	_____ Fecha
_____ Firma de otro Adulto	_____ Fecha	_____ Firma de otro Adulto	_____ Fecha

Domicilio Presente

Ciudad

Estado

Código Postal

La Ciudad de Port Hueneme no discrimina basado en discapacidad, en admisión o acceso a, tratamiento, empleo en programas o actividades de asistencia federal. Si necesita asistencia especial por favor de llamar a la oficina de Housing Authority al (805) 986-6527

PRECAUCION! TITLE 18, SECCION 1001 DEL CODIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, AFIRMA QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UNA FELONIA POR HACER AUN SABIENDO FALSOS O FRADULENTOS TESTIMONIOS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.



HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF PORT HUENEME
250 N. Ventura Road, Port Hueneme, Ca 93041 (805) 986-6527

Name: _____
Last First MI

Social Security #: _____

You have self-certified your eligibility and have been placed on the waiting list. Any changes in your pre-application must be submitted **IN WRITING** to the Housing Authority. Prior to being assisted you will be contacted to determine final eligibility based on:

1. PROOF OF RESIDENCY OR WORK STATUS IN PORT HUENEME
2. INCOME ELIGIBLTY
3. FAMILY COMPOSITION OR PROOF OF ELIGIBLE IMMIGRATION STATUS
4. CLEAR CRIMINAL BACKGROUND

Head of Household: _____ Date: _____

Spouse/Other Adult: _____ Date: _____

FALSE INFORMATION WILL BE GROUNDS TO DENY ELIGIBLTY
Applications are processed by date and time they are received only

Office Use:	Date: _____	Time: _____	PHA Rep: _____
-------------	-------------	-------------	----------------

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.

--	--

Se eliminó el cuadro de la firma

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 surge 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. Respaldar 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.