

**SOLICITUD SECCIÓN 8 – LISTA DE ESPERA**

	<b>Housing Choice Voucher (HCV) Asistencia para Renta (Sección 8)</b>	
	<input type="checkbox"/> Section 8 HCV	

Fecha que se recibió solicitud \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Número de solicitante \_\_\_\_\_

<b>SOLICITANTE:</b>		Idioma preferido: Español ___ Inglés ___ Otro: _____ (identifique)	
Nombre:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:		Ciudad, Estado, Apartado Postal:	
Dirección de envío:		Ciudad, Estado, Apartado Postal:	
Número de teléfono: ( ) _____		<input type="checkbox"/> celular Número alternativo: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro-Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano / Latino			

**Miembros de Hogar/ Composición Familiar:**

Nombre	Relación a solicitante (Esposo(a), co-solicitante, otro adulto, hijo, nieto, etc)	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo (M/F)	Raza (see list above)	Hispano		Número Seguro Social
						SI	NO	
1.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Para miembros adicionales, continúe en la página 3.

**Favor de responder a las siguientes preguntas – aplican a todos los miembros en esta solicitud:**

1. Cualquier miembro de la familia solicitante vive, trabaja o asiste a una escuela en la Ciudad de Douglas?	(1pt)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
2. Es Ud o cualquier miembro de la familia solicitante miembro de las fuerzas armadas, veterano o esposa(o) sobreviviente?	(1pt)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
3. Trabaja Ud (o su esposo(a), co-solicitante) cuando menos 20 horas o más por semana?	(1pt)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
4. Está Ud o cualquier miembro de la familia solicitante incapacitado(a)? Nombre _____	(1pt)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
5. Es Ud víctima de Violencia Doméstica? Si su respuesta es sí, cuando sucedió? Favor de presentar verificación _____	(1pt)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
6. Fue Ud involuntariamente desplazado debido a un desastre (incendio, inundación, terremoto, etc) durante los últimos 6 meses dentro de los límites de la Ciudad de Douglas?	(3pts)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
7. Requiere Ud o cualquier miembro de la familia solicitante algún acomodo razonable? (favor pase a la página 4)		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES

**Fuentes de Ingreso:** (Empleo, Seguro Social, Suplemental Seguro Social, Asistencia en Efectivo, Manutención de menores, Apoyo Económico Familiar, Etc.)

Nombre del destinatario	Fuente o tipo de ingreso	Cantidad mensual	Otra información

Ingreso Bruto Mensual del Hogar\*: \$ \_\_\_\_\_

\* Esto es el ingreso completo, antes de cualquier deducción, de todos los miembros de familia que vivirán en su hogar

***Yo/Nosotros certificamos que toda la información proporcionada en esta solicitud es precisa y completa a mi leal saber y entender. Yo/Nosotros entendemos que la presentación de información falsa o incompleta puede resultar en la denegación o terminación de beneficios Sección 8.***

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante/Jefe de Hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Esposo(a), Co-Solicitante, Otro Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

Solicitud recibida por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



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.

<b>Nombre del solicitante:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>N.º de teléfono:</b>	<b>N.º de teléfono celular:</b>
<b>Nombre de la persona u organización de contacto adicional:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>N.º de teléfono:</b>	<b>N.º de teléfono celular:</b>
<b>Dirección de correo electrónico (si corresponde):</b>	
<b>Relación con el solicitante:</b>	
<b>Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)</b>	
<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	
<b>Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda:</b> 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.	
<b>Declaración de confidencialidad:</b> 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.	
<b>Notificación legal:</b> 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 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. 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.

**SON SEIS (6) REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA ADMISIÓN AL PROGRAMA SECCIÓN 8:**

- A. Califica como familia
- B. Ingreso bruto del hogar cae dentro de los límites de ingreso. (ingreso COMPLETO de todos los miembros del hogar)
- C. La familia cumple con el criterio de ciudadanía o inmigrantes elegibles
- D. La familia provee documentación de números de seguro social para miembros que los tienen
- E. La familia firma todos los documentos requeridos y consentimientos de autorización para permitimos colectar información necesaria
- F. La familia pasa la verificación de antecedentes penales

**CRITERIO DE SELECCIÓN**

Además de los criterios de elegibilidad, las familias también deben cumplir con los criterios de selección de la Agencia de Vivienda de la Ciudad de Douglas (City of Douglas Housing Authority) para poder ser admitido a participar en el programa Sección 8.

**LÍMITES DE INGRESOS** - *Los límites de ingresos son efectivos a partir de el día 28 de marzo, 2016*

**Límites de ingresos extremadamente bajos:**  
(30% de ingreso medio del condado Cochise)

1 Persona .....	\$11,900
2 Personas .....	16,020
3 Personas .....	20,160
4 Personas .....	24,300
5 Personas .....	28,440
6 Personas .....	32,580
7 Personas .....	35,050
8 Personas .....	37,300

**Límites de ingresos muy bajos:**  
(50% de ingreso medio del condado Cochise)

1 Persona .....	\$ 19,800
2 Personas .....	22,600
3 Personas .....	25,450
4 Personas .....	28,250
5 Personas .....	30,550
6 Personas .....	32,800
7 Personas .....	35,050
8 Personas .....	37,300

**ESTÁNDARES DE CANTIDAD DE DORMITORIOS EN EL HOGAR**

Número de habitaciones	Número de personas en el hogar	
	Mínimo	Máximo
0	1	1
1	1	2
2	2	4
3	3	6
4	4	8

Nota: Los estándares de tamaño de dormitorio se basan en la suposición de que cada dormitorio no tendrá más de dos (2) habitantes y se relacionará con el número de dormitorios en la unidad, no con los arreglos reales de la familia

La Agencia considerará factores tales como las características de la familia incluyendo sexo, edad o relación en la asignación de una unidad. También se considerarán las solicitudes de acomodo razonable (verificadas por un médico) y/o la necesidad de un ayudante directo para una persona incapacitada o mayor de 62 años.

**Miembros del hogar adicionales/Composición Familiar**

Continuado de primera página	Relación a Solicitante (Esposo(a), Co-solicitante, otro adulto, hijo, nieto, etc)	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo (M/F)	Raza (refiera a la lista arriba)	Hispano		Número Seguro Social
						SI	NO	
6.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**LIST OF DOCUMENTS NEEDED BY THE PHA**

The following documents will be requested by the PHA to establish eligibility for Section 8 Housing Assistance. The documents will be requested with the full application when the applicant has reached the top of the waiting list.

1. Social Security card for each person listed on the application.
2. Original, State Certified Birth Certificates for each person listed on the application and/or proof of citizenship.
3. Proof of income for each household member on the application that receives an income. Example: AFDC award letter, SS/SSI award letter, check stubs from employment, child support, alimony, family support or a notarized letter if you are self-employed.
4. Reasonable Accommodation form for persons with disabilities requesting accessibility or accommodations to participate equally in the housing program.
5. Picture identification form for all adult members in the household.

---

**DOCUMENTOS QUE NECESITA TRAER**

La siguiente lista de documentos serán requeridos por el Departamento de Viviendas (PHA) para decidir si es elegible para recibir asistencia de vivienda de la Sección 8. Los documentos serán requeridos cuando llegue al principio de la lista de espera, junto con la Solicitud Completa de Elegibilidad.

1. Tarjeta de Seguro Social para cada miembro de hogar en la solicitud. incluyendo la de usted.
2. Actas de Nacimiento Certificadas, para cada miembro de su hogar. Incluyendo la de usted.
3. Comprobante de ingreso por cada miembro de la familia en la solicitud que recibe ingresos. Ejemplo: Carta de AFDC, Carta de SS/SSI, talones de cheque del empleo, verificación de ingreso para sus hijos menores, (Child Support), apoyo económico por parte de algún familiar (una carta notariada), y si es usted propietario de su negocio, ocupamos una copia de los impuestos (income taxes) reportados al gobierno.
4. Forma de Adaptación Razonable para personas incapacitadas que requieren accesibilidad o comodidades de igualdad en la participación en el programa de viviendas.
5. Identificación con foto (todos los adultos en el hogar).

## **Aviso de Derecho a una Adaptación Razonable**

Si tiene una discapacidad y como resultado de su discapacidad necesita:

Un cambio en las reglas o pólizas para darle igual oportunidad de usar las instalaciones o tomar parte en el programa Sección 8, o

Un cambio en la forma en que nos comunicamos con usted o le damos información, puede pedir este tipo de cambio, que se llama una adaptación razonable.

Si puede comprobar que tiene una discapacidad y si su solicitud es razonable (No representa "una carga financiera o administrativa indebida"), trataremos de conceder su solicitud.

Le daremos una respuesta dentro de 10 días hábiles, a menos que haya un problema para obtener la información que necesitamos, o a menos que usted acepte darnos más tiempo para poder responder. Le informaremos si necesitamos más información o verificación de usted o si nos gustaría hablarle sobre otras maneras de satisfacer sus necesidades.

Si rechazamos su solicitud, le explicaremos los motivos, y usted puede darnos más información, si cree que le ayudará.

Si necesita ayuda para llenar un formulario de solicitud de adaptación razonable o si desea darnos su solicitud de alguna otra forma, podemos ayudarle.

Un Formulario de Solicitud de Adaptación Razonable está al reverso de este aviso.

**NOTA:** Toda la información que Ud. proporcione se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para ayudarle a obtener la misma oportunidad de participar en el programa Sección 8.

## Solicitud de Adaptación Razonable

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Apartado Postal: \_\_\_\_\_

Actualmente, estoy:

- Solicitando asistencia Sección 8
- Solicitante en la lista de espera Sección 8
- Portador de un vale Sección 8 en busca de una unidad
- Alojado en una unidad Sección 8 con esta agencia
- Alojado en una unidad Sección 8 con otra agencia
- Otro \_\_\_\_\_

El siguiente miembro de mi hogar tiene una discapacidad que califica bajo las reglas de HUD (un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades vitales importantes, un registro de tal impedimento o que se considere que tiene tal impedimento).

Nombre: \_\_\_\_\_

Como resultado de su discapacidad, el siguiente cambio o cambios son necesarios para que la persona mencionada pueda tener la oportunidad de participar igualmente en el programa Sección 8:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Puede verificar la discapacidad y la necesidad de esta solicitud poniéndose en contacto con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Apartado Postal: \_\_\_\_\_

Le doy permiso para comunicarse con el individuo mencionado con el propósito de verificar que yo, o un miembro de mi hogar, tengo una discapacidad y necesito la adaptación razonable solicitada en este formulario. Entiendo que la información que obtenga será mantenida completamente confidencial y utilizada únicamente para determinar si usted proporcionará o no una adaptación.

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

