



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE FIRMA

Por favor, escriba con letra clara.

Si la persona a la que desea autorizar para firmar toda la documentación relacionada con la Autoridad de Vivienda en su nombre es el representante de una agencia de defensa, se debe indicar el nombre y la dirección de dicha agencia en el lugar correspondiente.

PROPÓSITO: Este formulario le permite autorizar a otra persona para que firme todos los documentos relacionados con la Autoridad de Vivienda en su nombre. Solo puede enviar este formulario si la Autoridad de Vivienda verifica que tiene una discapacidad.

Nombre del cabeza de familia: _____

Autorizo a la siguiente persona ("Persona Autorizada"):

Nombre de la persona: _____ Agencia (si procede): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Indique el motivo de su solicitud:

Autorizo a la persona mencionada anteriormente a: (El cabeza de familia debe poner sus iniciales a continuación)

_____ **Firmar documentos en mi nombre.** Esto solo está permitido si la discapacidad del inquilino le impide firmar con su propio nombre. La persona autorizada debe firmar con su propia firma y, a continuación, escribir "en nombre de [NOMBRE DEL CABEZA DE FAMILIA]" debajo.

Indique el nombre y la dirección de un profesional sanitario o trabajador social que pueda verificar la discapacidad en el espacio siguiente y la Autoridad de Vivienda se pondrá en contacto directamente con esta persona. **Tenga en cuenta que este formulario no se aprobará sin la verificación de la discapacidad. Si incluye información de contacto incompleta o incorrecta, se le devolverá este formulario para que lo complete y/o corrija, lo que retrasará la tramitación de su solicitud.** Al firmar este formulario, autorizo a su proveedor de atención médica o trabajador social a divulgar información a la Autoridad de Vivienda con respecto a su discapacidad.

Nombre del proveedor de atención médica / trabajador social: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Es mi responsabilidad comunicarme con la persona autorizada sobre las acciones que haya tomado en mi nombre. Entiendo que este acuerdo no me exime de mi responsabilidad de cumplir con los requisitos del programa. Entiendo que soy responsable de cumplir con todos y cada uno de los acuerdos celebrados en mi nombre y firmados por la persona autorizada. Ninguna disposición del presente acuerdo me impide actuar en mi propio nombre. Entiendo que puedo seguir firmando documentos por mí mismo. Este acuerdo no expirará a menos que notifique por escrito a la Autoridad de Vivienda que deseo cancelarlo. Este acuerdo no entrará en vigor a menos que la Autoridad de Vivienda lo apruebe firmando a continuación. Se le informará de la concesión, denegación o estado de esta solicitud por parte de la Autoridad de Vivienda en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la misma.

Firma del cabeza de familia

Fecha

Firma de la persona autorizada

Authorized Person Name (Print or Type)

Fecha

Aprobación de la Autoridad de Vivienda – Departamento de Administración

Fecha

Si tiene alguna pregunta al respecto, comuníquese con la Autoridad de Vivienda al (831) 454-5955 de lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.