



**PAQUETE DE RECERTIFICACIÓN ANUAL**  
 SU RECERTIFICACIÓN ANUAL SE REQUIERE PARA CONTINUAR RECIBIENDO ASISTENCIA

ESTA INFORMACIÓN SE REQUIERE PARA CALCULAR LA CANTIDAD DE RENTA QUE UD. PAGA. ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD. TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTE FORMULARIO SERÁ VERIFICADA POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDA. **SI USTED MIENTE U OMITE INFORMACIÓN, SU AYUDA SERÁ TERMINADA Y USTED DEBERÁ DEVOLVER TODA LA AYUDA QUE SE HAYA SOBREPAGADO DEBIDO AL FRAUDE.** TODOS LOS ADULTOS DEBEN LEER Y FIRMAR LA CERTIFICACIÓN EN LA PÁGINA 6 DE ESTE FORMULARIO Y LA AUTORIZACIÓN EN LA PÁGINA 7.

**I. INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Nombre legal completo de la persona principal de la familia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Dirección del hogar: \_\_\_\_\_ Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail (si corresponde): \_\_\_\_\_

**II. COMPOSICIÓN ACTUAL DEL HOGAR**

Nombre a **todas las personas** (incluyendo cualquier asistente conviviente) que viven actualmente en su hogar como residencia principal. Si está en una casa compartida (alquilando parte de una casa o apartamento) no incluya los co-ocupantes que no son parte de su propio hogar. Adjunte otras hojas si fuera necesario. Si desea pedir aprobación para hacer algún cambio en la composición del hogar, debe completar la Solicitud para Agregar Nuevos Miembros o el Pedido para Retirar Miembros del Hogar, disponible en nuestra página de internet: [www.hacosantacruz.org](http://www.hacosantacruz.org), en nuestra oficina, o llamando al Centro de Información al (831) 454-5955 o usando el Portal En Línea en [www.hacosantacruz.org](http://www.hacosantacruz.org)

<b>A. Adultos (mayores de 18 años)</b> Nombre legal completo tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social (Ejemplo: Juan López)		Fecha de nacimiento: (21/09/1964)	Relación con la persona principal de la familia (esposa) Persona principal	
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
<b>B. Niños (menores de 18 años)</b> Nombre legal completo (Ejemplo: Juan A. López)	Fecha de nacimiento (22/07/1998)	Parentesco con la persona principal de la familia (hijo)	Nombre/Dirección de la escuela o pre-escuela (Harbor High, Santa Cruz)	El niño vive en el hogar de Ud. Más del 50% del tiempo?
	/ /			[ ] Sí [ ] No
	/ /			[ ] Sí [ ] No
	/ /			[ ] Sí [ ] No
	/ /			[ ] Sí [ ] No

**C. Miembros de la Familia que no viven con Ud.**- Mencione padres ausentes de niños menos de 18 años, ex cónyuges de miembros de la familia por divorcio o separación y niños menores de edad de cualquier miembro de la familia que no mencionó arriba. Adjunte formas adicionales si es necesario.

Nombre	Relación	Dirección	Número de Teléfono	Fecha del último contacto que tuvo con esta persona

### III. INGRESOS DEL HOGAR- TODOS LOS INGRESOS SE DEBEN REPORTAR

1. ¿Algún miembro del hogar está empleado o recibe dinero de un empleador?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Lista de los nombres de los miembros de la familia: \_\_\_\_\_
- Lista de los nombres de los empleadores: \_\_\_\_\_
- Proporcione los 3 talones consecutivos de cheque más recientes (uno debe estar fechado a menos de 30 días de la fecha de esta carta \_\_\_\_\_)

2. ¿Alguien de su hogar es trabajador autónomo?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Su declaración de impuestos más reciente
- Si no declara impuestos, una declaración de ganancias y pérdidas e incluya el nombre del miembro de la familia

3. ¿Alguien de su hogar recibe Seguro Social o Seguro Suplemental?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- El monto bruto del beneficio del Seguro Social (SSB): \$ \_\_\_\_\_
- El monto bruto actual de SSI/SSDI: \$ \_\_\_\_\_
- Una carta reciente del estado de cuenta de beneficios de la Administración del Seguro Social
- Si tiene una deducción por sobrepago: La carta de beneficios deberá incluir el balance actual de la deducción por sobrepago de

Para obtener una carta de beneficios, llame a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** or visite la página de internet:

[www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)

4. ¿Alguien de su hogar recibe una Pensión o Beneficios de Veterano?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Carta corriente de otorgación o carta de beneficios,
- Para Pensión, provea un estado de cuenta actualizado.

5. ¿Alguien de su hogar recibe Discapacidad del Estado/Desempleo/Compensación del trabajador?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Carta corriente de Otorgación o talones de pago. Los talones de pago deberán incluir la suma y la frecuencia.

6. ¿Alguien de su hogar recibe Cash Aid, Welfare Assistance, TANF, CAL WORKS Y/O Asistencia General?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Carta actual de beneficios o todas las páginas de un Aviso de Acción
- Si tiene un sobrepago o deducción: la carta de Beneficios deberá incluir el balance actual del sobrepago y la deducción mensual por sobrepago corriente.
- Si su familia no está recibiendo la cantidad completa de fondos para el tamaño de su familia:

La carta de Beneficios deberá incluir la razón.

7. ¿Alguien de su hogar recibe Pensión alimenticia/Manutención de hijos?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Una copia corriente de los pagos por pensión alimenticia o manutención de hijos.
- La documentación de manutención de hijos se puede imprimir de la página de internet del Department of Child Support en [www.childsup.ca.gov](http://www.childsup.ca.gov)
- Si el pago se recibe directamente del proveedor, presente una carta que verifique la suma y la frecuencia de los pagos. La carta deberá estar firmada, fechada y tener la información de contacto del proveedor.

8. ¿Alguien de su hogar recibe pagos por un hijo adoptivo o de crianza?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- La carta de otorgación corriente.

9. ¿Alguien afuera de su familia paga alguna de sus cuentas o gastos? ¿Alguien de su hogar recibe algún regalo o contribución?  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Una carta de su proveedor verificando la suma y la frecuencia. La carta deberá estar firmada, fechada y tener la información de contacto del proveedor.

10. ¿Alguien de su hogar recibe algún otro ingreso que no haya sido reportado?

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Por favor haga una lista: \_\_\_\_\_

#### IV. BIENES - TODOS LOS BIENES SE DEBEN REPORTAR

11. ¿Alguien de su hogar tiene una cuenta corriente o cuenta de ahorros?

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Todas las páginas del Estado de Cuenta. El Estado de Cuenta deberá incluir:  
El nombre del portador de la cuenta, el número de la cuenta y el balance actual, nombre del banco, dirección y fecha.

12. ¿Alguien del hogar tiene un fondo fiduciario o un fondo de necesidades especiales?

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Nombre y dirección del Fideicomisario \_\_\_\_\_

13. ¿Alguien del hogar tiene un 401K, IRA, acciones, bonos, cuenta de Mercado Monetario, cuenta Retiro de Empleado Autónomo (o algún otro tipo de inversión?)

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Todas las páginas del estado de cuenta actual que incluya:  
El nombre y dirección del Portador de la cuenta, el número de cuenta y balance actual, el nombre del Banco y dirección, la fecha

14. ¿Alguien de familia tiene \$1,000 en efectivo o más?

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Proporcione el monto: \$ \_\_\_\_\_

15. ¿Alguien de familia es propietario de una casa, terreno o casa móvil?

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- La factura más reciente del impuesto a la propiedad
- El estado de cuenta más reciente de la hipoteca

16. ¿Alguien de su hogar tiene inversiones personales (joyas, cuentas) ganancias de lotería, indemnización de seguro, seguro de vida total (con valor en efectivo) una herencia de suma global?

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Enumere el valor y tipo de inversión:

- Tipo de inversión: \_\_\_\_\_
- Valor total: \$ \_\_\_\_\_

17. ¿Alguien de su hogar tiene algún otro bien que no se haya reportado arriba?

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Por favor enumere e incluya e nombre del miembro del hogar

#### V. CONCESIONES (Opcional): Si se deja en blanco no recibirá una deducción

18. ¿Alguien de su hogar tiene gastos para el Cuidado de niños? (que no sea reembolsado)

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Recibos por cuidado de niños o factura de los últimos 3 meses
- O**
- Una carta del proveedor verificando la suma que se paga y la frecuencia. La carta deberá estar firmada, fechada e incluir la información de contacto del proveedor.

19. ¿Alguien de su hogar es estudiante a tiempo completo?

[ ] Sí [ ] No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Una hoja impresa en la computadora con el nombre del estudiante, el nombre de la escuela, la fecha y el número de unidades.  
Por ejemplo: El horario de clases actual, la factura de matriculación actual

**CONCESIÓN POR DISCAPACIDAD:** No es necesario que conteste preguntas sobre la condición de discapacitado de ningún miembro de su hogar. El estatus de discapacitado permanente puede reducir su porción de la renta.

20. ¿La persona principal de la familia es una persona con una discapacidad permanente?

[ ] Sí [ ] No [ ] No deseo

contestar

21. ¿La persona principal de la familia o su cónyuge es una persona de 62 años de edad o más?

[ ] Sí [ ] No [ ] No deseo

contestar

**22. Si contestó sí a #20 o #21, cree que tendrá algún gasto médico no reembolsable (pagado por Ud.), inclusive primas de seguro médico, en los próximos 12 meses?**  Sí  No  No deseo contestar

22.a. Si respondió Sí a la pregunta 22, por favor calcule el monto total de sus gastos médicos no reembolsados previstos para los próximos 12 meses: \$ \_\_\_\_\_

La Autoridad de Viviendas aplica una deducción estándar de \$1,500 para hogares con personas mayores o discapacitadas con gastos médicos que superen este umbral. Es posible que se requiera documentación adicional.

**23. ¿En los próximos 12 meses cree que tendrá gastos por personas de cuidado o equipos médicos para un miembro del hogar con discapacidades, para permitir que el miembro u otro miembro pueda trabajar? Incluya el nombre del miembro.**

Sí  No  No deseo contestar

El monto informado anteriormente es una estimación razonable de mis gastos médicos no reembolsados previstos para los próximos 12 meses. Entiendo que es posible que se me pida que proporcione documentación adicional si así se me solicita.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

**24. ¿Alguien del hogar participa de alguna capacitación de auto-suficiencia económica u otra capacitación de trabajo?**

Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Lista de los nombres de los miembros del hogar: \_\_\_\_\_

24a. SI CONTESTÓ SÍ A LA PREGUNTA 24: Alguien de su hogar recibió un aumento a sus ganancias de trabajo durante su participación en una capacitación de auto-suficiencia económica u otra capacitación de trabajo?  Sí  No

**25. ¿Alguien de su hogar recibió un aumento a sus ganancias de empleo después de estar desempleado por 1 año o más, O después de haber ganado menos de \$3,750 en el último año?**

Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Lista de los nombres de los miembros del hogar: \_\_\_\_\_

**26. ¿Alguien de su hogar recibió un aumento a sus ganancias de empleo durante o dentro de los 6 meses después de recibir asistencia de TANF o Welfare to Work?**

Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

- Lista de los nombres de los miembros del hogar: \_\_\_\_\_

#### VI. ANTECEDENTES CRIMINALES

Las regulaciones federales requieren que la Autoridad de Vivienda revise los antecedentes criminales de solicitantes e inquilinos y terminar la participación de algunos participantes en base a sus antecedentes criminales. **LA AUTORIDAD DE VIVIENDA SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR UN CHEQUEO DE ANTECEDENTES CRIMINALES DE CUALQUIERA Y TODOS LOS SOLICITANTES O INQUILINOS PARA VERIFICAR LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN PROVISTA A CONTINUACIÓN Y PARA OBTENER CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL CONSIDERADA NECESARIA POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDA.**

**27. ¿Ha sido arrestado usted o otro miembro de su hogar en los últimos doce meses?**  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

Nombre	Fecha de arresto	Tipo	Descripción del Crimen
	/ /	<input type="checkbox"/> Delito menor <input type="checkbox"/> Delito grave (felonía)	

Comentarios:

**28. ¿Usted o cualquier miembro de su hogar ha debido registrarse como ofensor sexual en los últimos doce meses?**  Sí  No

Si contestó Sí – Proporcione lo siguiente:

Nombre	Fecha de arresto	Tipo	Descripción del Crimen
	/ /	<input type="checkbox"/> Delito menor <input type="checkbox"/> Delito grave (felonía)	

## CERTIFICACIONES

**TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR MAYORES DE 18 AÑOS DEBEN LEER Y FIRMAR PERSONALMENTE ESTE DOCUMENTO. NINGUNA PERSONA, INCLUYENDO LOS PADRES Y LOS CÓNYUGES, PUEDEN FIRMAR EN LUGAR DE UN ADULTO.**

1. Por la presente juro y atestiguo que toda la información aquí dada es verdadera, completa y correcta.
2. Comprendo que declaraciones falsas o información falsa u omitir información es punible por ley federal.
3. Comprendo que una declaración falsa o información falsa es razón suficiente para la terminación de mi ayuda de vivienda.
4. Comprendo los siguientes puntos sobre cambios en la composición de mi hogar, ingresos y otra información.
  - a. Comprendo que todos los nuevos miembros del hogar deben ser aprobados por escrito por la Autoridad de Vivienda antes de mudarse a la vivienda por la que recibe ayuda.
  - b. Comprendo que debo comunicar cuando cualquier miembro del hogar salga de la vivienda donde se recibe subsidio dentro de 14 días calendarios.
  - c. Comprendo que debo comunicar todos los cambios (incluyendo aumentos o disminuciones) en los ingresos y los bienes del hogar, por escrito, dentro de 14 días calendarios.
  - d. Comprendo que debo comunicar todos los cambios de dirección y número de teléfono, por escrito, dentro de 14 días calendarios.
5. Comprendo que por no cumplir con cualquiera de los siguientes puntos, puedo perder mi ayuda de vivienda:
  - a. No cumplir con mis obligaciones de presentar documentación de calificación en el plazo dado.
  - b. No asistir puntualmente a la cita (o citas) de re-certificación anual o a cualquier otra cita concertada por la Autoridad de Vivienda.
  - c. No tener mi vivienda disponible, a la hora concertada, para la inspección anual de los Estándares de Calidad de Vivienda.
  - d. No cumplir con cualquiera de las responsabilidades que me impone el programa, incluyendo las obligaciones mencionadas en mi comprobante o en mi contrato de arriendo.
  - e. Cometer fraude contra el programa (por ejemplo no comunicar ingresos, tener personas no autorizadas en la vivienda y cualquier otro tipo de fraude).
6. Comprendo que a todos los miembros de mi hogar les está prohibido realizar cualquier actividad (incluyendo actividades criminales y / o el uso de drogas y de alcohol) que amenace la salud, la seguridad o el derecho de los demás residentes de disfrutar en paz de las instalaciones.
7. Comprendo que deberé pagar toda la ayuda de vivienda que se haya sobrepagado en nombre de mi hogar a causa de fraude.

**ADVERTENCIA - EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE CUALQUIER PERSONA SERÁ CULPABLE DE FELONÍA POR HACER, A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE, DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER AGENCIA O DEPARTAMENTO DE LOS ESTADOS UNIDOS.**

**TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO SERÁ VERIFICADA POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDA. SI MIENTE EN ESTE FORMULARIO, O SI OMITE ALGUNA INFORMACIÓN, SU AYUDA SERÁ TERMINADA Y DEBERÁ DEVOLVER TODA LA AYUDA QUE SE HAYA SOBREPAGADO DEBIDO AL FRAUDE.**

x	Nombre de la persona principal de la familia, en letra de imprenta	Firma de la persona principal de la familia	Fecha
x	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	
x	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	
x	Nombre en letra de imprenta	Firma de otro adulto	





2160 41<sup>st</sup> Avenue, Capitola, California 95010-2040 Telephone: (831) 454-9455, Hollister: (831) 637-0487  
Fax: (831) 469-3712, TDD (831) 475-1146  
www.hacosantacruz.org

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por el presente yo/nosotros doy/damos mi/nuestro consentimiento a la Autoridad de Vivienda del Condado de Santa Cruz para que obtenga toda la información que considere necesaria para determinar o volver a determinar mi/nuestra elegibilidad para recibir asistencia de vivienda. Por lo tanto, yo/nosotros autorizo/autorizamos la divulgación de toda la información que se describe a continuación, tal como lo solicita la Autoridad de Vivienda del Condado de Santa Cruz.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que la divulgación de información incluye la recaudación de información referente a mi/nuestro empleo, beneficios de seguro de desempleo, y demás beneficios, manutención de hijos y pensión alimenticia, cuentas bancarias y otros ingresos, bienes o información sobre la familia. Además, yo/nosotros doy/damos mi/nuestro consentimiento a que la Autoridad de Vivienda verifique todos los gastos por cuidado de niños, gastos médicos, gastos por asistencia a discapacitados, estatus de estudiante a tiempo completo y estatus de discapacitado, y antecedentes criminales.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que esta información se puede divulgar a agencias públicas locales y a las agencias de orden público para el propósito de asegurar la integridad del programa e impedir el uso indebido de fondos públicos.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que esta información se mantendrá confidencial y que se solicita con el fin de determinar mi/nuestra elegibilidad para asistencia para vivienda.

Autorizo que este formulario se fotocopie y se use como el original

### TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR MAYORES DE 18 AÑOS DEBEN

### FIRMAR

Este consentimiento caduca 3 años después de finalizar la participación en el programa.

x

Nombre de la persona principal de la familia, en letra de imprenta      Firma de la persona principal de la familia      Fecha

x

Nombre en letra de imprenta      Firma de otro adulto

x

Nombre en letra de imprenta      Firma de otro adulto

x

Nombre en letra de imprenta      Firma de otro adulto





**Consent: I consent to allow HUD or the HA to request and obtain income information from the sources listed on this form for the purpose of verifying my eligibility and level of benefits under HUD’s assisted housing programs. I understand that HAs that receive income information under this consent form cannot use it to deny, reduce or terminate assistance without first independently verifying what the amount was, whether I actually had access to the funds and when the funds were received. In addition, I must be given an opportunity to contest those determinations.**

This consent form remains effective until the earliest of (i) the rendering of a final adverse decision for an assistance applicant; (ii) the cessation of a participant’s eligibility for assistance from HUD and the PHA; or (iii) The express revocation by the assistance applicant or recipient (or applicable family member) of the authorization, in a written notification to HUD or the PHA.

**Signatures:**

Head of Household	Date		
Social Security Number (if any) of Head of Household		Other Family Member over age 18	Date
Spouse	Date	Other Family Member over age 18	Date
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date

**Privacy Advisory.** Authority: The Department of Housing and Urban Development (HUD) is authorized to collect this information by the U.S. Housing Act of 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. 2000d), and by the Fair Housing Act (42 U.S.C. 3601-19). Purpose: This form authorizes HUD and the above-named HA to request income information to verify your household’s income in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. Failure to provide any of the requested information may result in a delay or rejection of your eligibility approval.

**Penalties for Misusing this Consent:** HUD and the HA (or any employee of HUD or the HA) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form. Use of the information collected based on the form HUD 9886 is restricted to the purposes cited on the form HUD 9886. Any person who knowingly or willfully requests, obtains, or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000. Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD or the HA for the unauthorized disclosure or improper use.

**OMB Burden Statement.** The public reporting burden for this information collection is estimated to be 0.16 hours for new admissions and .08 hours for household members turning 19, including the time for reviewing, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Collection of information income and assets is required for program eligibility determination purposes. The submission of the consent form is necessary (form-HUD 9886) so that PHAs can carry out the requirements of Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993 (42 U.S.C. 3544) and Section 104 of HOTMA to ensure that HUD and PHAs can verify eligibility and income information for applicants and participants. This information collection is protected from disclosure by the Privacy Act. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions to reduce this burden, to the Office of Public and Indian Housing, US. Department of Housing and Urban Development, Washington, DC 20410. When providing comments, please refer to OMB Approval No. 2577-0295. HUD may not conduct and sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless the collection displays a valid control number.

## Authorization for the Release of Information/Privacy Act Notice to the U.S. Department of Housing and Urban Development and the Housing Agency/Authority (HA)

U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Public and Indian Housing

**PHA or IHA requesting release of information** (full address, name of contact person, and date):

**Authority:** Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993. This law is found at 42 U.S.C. 3544. This law requires you to sign a consent form authorizing: (1) HUD, and the Housing Agency/Authority (HA) to request verification of salary and wages from current or previous employers; (2) HUD and the HA to request wage and unemployment compensation claim information from the state agency responsible for keeping that information; and (3) HUD to request certain tax return information from the U.S. Social Security Administration and the U.S. Internal Revenue Service.

Section 104 of the Housing Opportunity and Modernization Act of 2016. The relevant provisions are found at 42 U.S.C. 1437n . This law requires you to sign a consent form authorizing the HA to request verification of any financial record from any financial institutions as defined in the Right to Financial Privacy Act (12 U.S.C. 3401)), whenever the HA determines the record is needed to determine an applicant's or participant's eligibility for assistance or level of benefits.

**Purpose:** In signing this consent form, you are authorizing HUD and the above-named HA to request income information from the sources listed on the form. HUD and the HA need this information to verify your household's income, in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. HUD and the HA may participate in computer matching programs with these sources in order to verify your eligibility and level of benefits.

**Uses of Information to be Obtained:** HUD is required to protect the income information it obtains in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD may disclose information (other than tax return information) for certain routine uses, such as to other government agencies for law enforcement purposes, to Federal agencies for employment suitability purposes and to HAs for the purpose of determining housing assistance. The HA is also required to protect the income information it obtains in accordance with any applicable State privacy law. HUD and HA employees may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of the income information that is obtained based on the consent form.

**Private owners may not request or receive information authorized by this form.**

**Who Must Sign the Consent Form:** Each member of your family who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the family or whenever members of the family become 18 years of age.

Persons who apply for or receive assistance under the following programs are required to sign this consent form:

- Public Housing
- Housing Choice Voucher
- Section 8 Moderate Rehabilitation

**Failure to Sign Consent Form:** Your failure to sign the consent form may result in the denial of eligibility or termination of assisted housing benefits, or both. Denial of eligibility or termination of benefits is subject to the HA's grievance procedures and Section 8 informal hearing procedures.

**Revocation of consent:** If you revoke consent, the PHA will be unable to verify your information, although the data matches between HUD and other agencies will continue to automatically occur in the Enterprise Income Verification (EIV) System if the family is not terminated from the program.

### Sources of Information to be Obtained

State Wage Information Collection Agencies. (This consent is limited to wages and unemployment compensation I have received when I have received assisted housing benefits.)

U.S. Social Security Administration (HUD only) (This consent is limited to the wage and self-employment information and payments of retirement income as referenced at Section 6103(l)(7)(A) of the Internal Revenue Code.)

U.S. Internal Revenue Service (HUD only) (This consent is limited to unearned income [i.e., interest and dividends].)

Information may also be obtained directly from: (a) current and former employers concerning salary and wages; and (b) financial institutions as defined in the Right to Financial Privacy Act (12 U.S.C. 3401), whenever the HA determines the record is needed to determine an applicant's or participant's eligibility for assistance or level of benefits. I understand that income information obtained from these sources will be used to verify information that I provide in determining eligibility for assisted housing programs and the level of benefits. Therefore, this consent form only authorizes release directly from employers and financial institutions of information.

## DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SU RE-EXAMINACION ANUAL

### INGRESOS

- Salario: Debe proveer tres talones consecutivos de los cheques salariales mas actuales de todos los miembros adultos del hogar que esten empleados, incluyendo a menores que vayan a cumplir 18 años en los próximos cuatro años. Por lo menos uno de los tres talones de los cheques salariales debe llevar fecha dentro de 30 dias de la fecha de esta carta.
- Auto empleo: Si cualquier adulto en el hogar trabaja por su cuenta, debe presentar una copia completa de los formularios de impuestos a las ganancias presentados mas recientemente, incluyendo el formulario
  - I040 del IRS, y el Schedule C / Schedule SE si fuera pertinente. Además, por favor presente una declaración de perdidas y ganancias de los ultimas doce meses o complete una Certificación de Empleo que puede bajar de nuestro sitio en [www.hacosantacruz.org](http://www.hacosantacruz.org); tambien la puede encontrar en nuestra oficina principal.
- Segura Social (SS) o Ingresos de Seguro Suplementario (SSI): Debe presentar el original y todas las paginas de la declaración actual de la carta de beneficios o de la notificación de acción de cualquier fuente de pension de Seguro Social y/o de Seguro Social Suplementario mostrando la cantidad de los beneficios que usted o los miembros de su hogar reciben al presente. La carta debe llevar fecha dentro de 30 dias de la fecha de esta carta. Si no tiene una carta actual de beneficios o una notificación de acción y necesita obtener una nueva de la Administración del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite su sitio en Internet en [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov). Si sus beneficios han sido reducidos por cualquier razón, por favor presente una carta actual de los beneficios de Seguro Social mostrando la cantidad de reembolso mensual y el balance restante.
- Incapacidad Estatal / Desempleo / Compensación al trabajador: Debe presentar el original de la carta de beneficios actual o los talones originales actuales de usted o de cualquier miembro de su familia que reciba ayuda estatal por incapacidad, beneficios de desempleo o compensación al trabajador. La carta de beneficios o los talones de cheques deben llevar fecha dentro de 30 dias de la fecha de esta carta.
- Otros Beneficios: Debe presentar todas las paginas originales de una carta actual de declaración de beneficios o notificación de acción de cualquier tipo de Cash Aid o Ayuda de Bienestar Social (Welfare Assistance), como ayuda Temporal para familias Necesitadas (TANF), previamente llamada Ayuda a Familias con Niños Dependientes (AFDC), CALWORKS, General Assistance, o Beneficios de Veteranos, mostrando todos los beneficios que usted o los miembros de su hogar reciben al presente. La declaración o notificación de acción debe llevar fecha dentro de 30 dias de la fecha de esta carta.
- Pension alimenticia / Manutención de hijos: Debe presentar un cuadro de las cantidades recibidas durante los ultimos 12 meses como pago de pension alimenticia o manutención de hijos. La documentación de manutención de hijos puede ser bajada del sitio en Internet del Departamento de Servicios de Manutención de hijos en [www.childsup.ca.gov](http://www.childsup.ca.gov).
- Todos y cualquier otro ingreso, incluyendo beneficios, regalos y contribuciones: debe presentar la documentación original actual de cualquiera y todos los ingresos adicionales recibidos por usted o por cualquier miembro del hogar. Ejemplos de otros ingresos incluyen:

timbres alimenticios, ayuda financiera, cupones para el cuidado de niños, pagos por crianza temporal o ayuda por adopción, contribuciones de cualquier persona fuera de su hogar, etc.

## BIENES

- Cuentas Bancarias: Debe presentar todas las paginas de una declaración de cuenta actual de todas las cuentas de cheques, de ahorros y de cualquier otro tipo de cuenta bancaria. La declaración puede ser el original o una versión impresa de la computadora, pero debe incluir el nombre de la persona principal de la cuenta, el balance y el nombre y dirección del banco. Las declaraciones deben llevar fecha dentro de 30 días de la fecha de esta carta.
- Otros Bienes: Para todos los demas bienes (como acciones, bonos, certificados de depósito (CD's), y demas bienes mencionados en la Declaración Personal y Financiera) debe presentar el original de las declaraciones actuales de la institución financiera. Las declaraciones deben llevar fecha dentro de 30 días de la fecha de esta carta.

## ASIGNACIONES

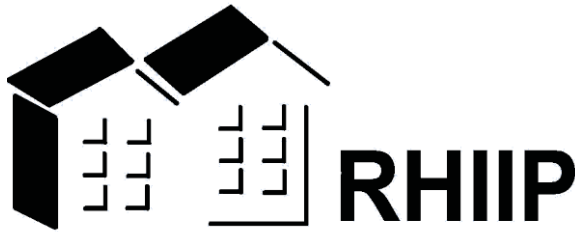
Cuidado de Niños: Si usted o cualquier miembro del hogar tiene gastos de su propio bolsillo (no reembolsado) para el cuidado de niños, debe presentar documentación de los gastos. La documentación de pagos por el cuidado de niños puede incluir una factura, un contrato u otra declaración actual de su proveedor de cuidado infantil. Si no se provee documentación adecuada, su hogar no recibira una asignación para el cuidado de niños.

Condición de estudiante a tiempo completo: Si usted o cualquier adulto es estudiante a tiempo completo, debe presentar documentación de su condición de estudiante a tiempo completo. La documentación como estudiante a tiempo completo puede incluir la declaración actual de las clases que esta tomando, la declaración actual de matriculación, o cualquier otra documentación extendida por la institución educativa. La documentación debe incluir el nombre del estudiante, el nombre de la escuela y el numero de unidades. Se aceptan copias obtenidas de la computadora si proveen la suficiente documentación de la condición del estudiante a tiempo completo. Si no provee la documentación adecuada, la condición de estudiante a tiempo completo no sera otorgada.



U.S. Department of Housing and Urban Development

Office of Public and Indian Housing (PIH)



RENTAL HOUSING INTEGRITY IMPROVEMENT PROJECT

## *Lo que usted debe Saber sobre EIV*

**Una guía para inquilinos & de solicitantes  
de vivienda pública y programas de la  
sección 8**

### **¿Qué es EIV?**

El sistema de verificación de renta de Enterprise (EIV) es un sistema informático basado en web que contiene información de empleo y los ingresos de las personas que participan en programas de asistencia de alquiler de HUD. Todas agencias de vivienda pública (PHAs) son necesarios para utilizar el sistema EIV de HUD.

### **¿Qué información se encuentra en EIV y dónde procede?**

HUD obtiene información acerca de usted de su PHA local, la administración de seguro social (SSA) y U.S. Departamento de salud y servicios humanos (HHS). HHS ofrece HUD con salario y la información de empleo, según lo informado por los empleadores; y la información de compensación por desempleo, según lo informado por la Agencia Estatal de la fuerza laboral (SWA).

SSA ofrece HUD con la muerte, la seguridad social (SS) y la información de ingresos de seguridad suplementarios (SSI).

### **¿Qué se usa la información de EIV?**

En primer lugar, la información es utilizada por la PHAs (y agentes de administración contratados por PHAs) para los siguientes fines para:

1. Confirmar su nombre, fecha de nacimiento (DOB) y número de seguro Social (SSN) con SSA.
2. Compruebe sus fuentes indicaron que su ingreso y cantidades.
3. Confirmar su participación en un único HUD alquiler asistencia programa.
4. Confirmar si usted debe una deuda pendiente a cualquier PHA.
5. Confirmar cualquier Estado negativo si ha movido de una unidad subvencionada (en el pasado) bajo el programa de vivienda pública o de la sección 8.
6. Seguimiento con usted, a otros miembros adultos del hogar o a su contacto de emergencia lista con respecto a miembros fallecidos por hogar.

EIV enviará una alerta su PHA si usted o alguien de su hogar ha utilizado un SSN falsa, no se pudo obtener información de ingresos completa y precisa de informe, o está recibiendo asistencia de alquiler en otra dirección.

**Recuerde que puede recibir asistencia de alquiler en sólo una casa!**

EIV que también alertas de PHAs si debemos una deuda pendiente a cualquier PHA (en cualquier Estado o territorio) y ningún Estado negativo cuando usted voluntariamente o involuntariamente se mueve fuera de una unidad subvencionada bajo el programa de vivienda pública o de la sección 8. Esta información se utiliza para determinar su elegibilidad para asistencia de alquiler en el momento de la aplicación.

La información en EIV es también utilizada por HUD, Oficina del Inspector General (OIG de HUD) y auditores para garantizar que su familia y PHAs se cumplan con las reglas de HUD.

En general, el propósito de EIV es identificar y prevenir el fraude dentro de programas de asistencia de alquiler de HUD, por lo que los dólares del contribuyente limitada

pueden ayudar a tantas familias elegibles como sea posible. EIV ayudará a mejorar la integridad de los programas de asistencia de alquiler de HUD.

### **¿Es mi consentimiento necesario para información a ser obtenida acerca de mí?**

Sí, se requiere su consentimiento a fin de que HUD o el PHA para obtener información acerca de usted. Por ley, se requiere firmar uno o varios formularios de consentimiento. Cuando usted firma un formulario de HUD-9886 (*Ley Federal de confidencialidad y autorización para la publicación de información*) o un PHA formulario de consentimiento (que cumple con los estándares de HUD), está dando HUD y la PHA su consentimiento para ellos obtener información acerca de usted con el fin de determinar su elegibilidad y el importe de la ayuda de alquiler. Se utilizará la información recopilada sobre usted sólo para determinar su elegibilidad para el programa, usos adicionales a menos que usted da su consentimiento por escrito a autorizar, de la información por la PHA.

***Nota: Si usted o cualquiera de los miembros de su hogar adultos se niegan a firmar un formulario de consentimiento, su solicitud de asistencia de alquiler inicial o continua puede ser denegado. Usted también puede ser terminado desde el programa de asistencia de alquiler de HUD.***

### **¿Cuáles son mis responsabilidades?**

Como un inquilino (participante), de un programa de asistencia de alquiler de HUD, usted y cada miembro adulto del hogar deben revelar información completa y precisa a la PHA, incluyendo nombre completo, SSN y DOB; la información de ingresos; y certifica que su hogar denunciado composición (los miembros del hogar), ingresos y gastos información es fiel a lo mejor de su conocimiento.

Recuerde, usted debe notificar a su PHA si muere o se mueve de un miembro de hogar. También debe obtener la PHA de la aprobación para permitir que otros miembros de la familia o amigos mover en su casa **antes de** que se les moviéndose en.

## ¿Cuáles son las sanciones por proporcionar

información falsa? Proporcionar deliberadamente falsa, inexacta, o información incompleta es **fraude y una delincuencia**.

Si se cometen fraude, usted y su familia pueden estar sujetos a cualquier de las siguientes sanciones:

1. Desalojo
2. Terminación de la asistencia
3. Reembolso de alquiler que usted debe ha pagado
4. Prohibición de recibir asistencia de alquiler futuro
5. Acusación por el fiscal federal, estatal o local, que puede resultar en que ser multado con hasta 10,000 dólares y de la hora de servir en la cárcel.

## Protegerse por HUD siguiente requerimientos de

**reporting**. Al completar aplicaciones y reexaminations, debe incluir todas las fuentes de ingresos que recibe de usted o cualquier miembro de su hogar.

Si tienes alguna pregunta sobre si se debe contar dinero recibido como ingresos o cómo se determina su alquiler, **pedir su PHA**. Cuando ocurren cambios en su ingreso familiar, **póngase en contacto con su PHA inmediatamente** determinar si esto afectará su asistencia de alquiler.

## ¿Qué hago si la información de EIV es incorrecta?

A veces la fuente de información de EIV puede hacer un error al enviar o información acerca de usted. Si no está de acuerdo con la información de EIV, saber su PHA. Si es necesario, su PHA pondremos en contacto con la fuente de la información directamente para verificar la información de la disputa de los ingresos. A continuación se encuentran los procedimientos que usted y el PHA deben seguir con respecto a información incorrecta de EIV.

**Deudas deben a PHAs e información de terminación** informo en EIV se origina en la PHA que le proporcionaron ayuda en el pasado. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con su ex PHA directamente por escrito a la disputa de esta información y proporcionar toda la documentación que sea compatible con la disputa. Si el

PHA determina que la información disputada es incorrecta, el PHA se actualizar o eliminar el registro de EIV.

## Empleo y información de salario

informo en EIV se origina en el empleador. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el empleador por escrito a la disputa **Y** solicitud de corrección de la disputa de empleo y/o la información de salarios. Proporcionar su PHA con una copia de la carta que envío a su empleador. Si no puede obtener el empleador para corregir la información, ponerse en contacto con el SWA para asistencia.

**Desempeño beneficiarse de información** informo en EIV se origina en la SWA. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el SWA por escrito a la disputa **Y** solicitud de corrección de la información de beneficios de desempleo disputa. Proporcionar su PHA con una copia de la carta que envío a la SWA.

**Información de beneficio de muerte, SS y SSI** informo en EIV se origina del SSA. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el SSA en 772-1213 (800), o visite su sitio Web en: [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Que necesite visitar su oficina local de la SSA para han cuestionado la muerte información corregida.

**Verificación adicional**. El PHA, con su consentimiento, podrá presentar un formulario de verificación de terceros para el proveedor (o reportero) de sus ingresos para su terminación y presentación a la PHA. También puede proporcionar la PHA con documentos de terceros (es decir, Wikipedia: Esbozo de remuneración, beneficio cartas de premio, extractos bancarios, etc.) que puede tener en su posesión.

**Robo de identidad**. EIV desconocido información le puede ser un signo de robo de identidad. A veces alguien puede utilizar su SSN, a propósito o por accidente. Por lo tanto, si sospecha que alguien está usando su SSN, debe comprobar los registros de seguridad social para garantizar que sus ingresos se calculan correctamente (llamar a la SSA al (800) 772-1213); archivo de una denuncia de robo de identidad con su departamento de policía local o la Comisión Federal de comercio (llamada FTC al (877) 438-4338, o usted puede visitar su sitio Web en:

## ¿Donde puedo obtener más información sobre EIV?

Su PHA puede proporcionarle información adicional sobre EIV y el proceso de verificación de ingresos. También puede leer más sobre EIV y la verificación de ingresos procesan en del HUD públicas y vivienda de India de EIV de <http://www.hud.gov/offices/pihp/programs/pihp/india.cfm>.

La información de esta guía se refiere a los solicitantes y participantes (inquilinos) de los siguientes programas de asistencia de alquiler de HUD-PIH:

1. Público de vivienda (24 CFR 960); y
2. Sección 8 Housing Choice Voucher (VHC), (24 CFR 982); y
3. La sección 8 de rehabilitación moderada (24 CFR 882); y
4. Basado en el proyecto vale (24 CFR 983)