



# SOLICITUD PARA CONTINUAR RECIBIENDO AYUDA DE VIVIENDA

## DECLARACIÓN PERSONAL Y FINANCIERA

ESTA INFORMACIÓN SE NECESITA PARA DETERMINAR SI SE CALIFICA PARA RECIBIR AYUDA DE VIVIENDA. ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO TOTALMENTE. TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTE FORMULARIO SERÁ VERIFICADA POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS. **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 7 DE ESTE FORMULARIO.

### I. INFORMACIÓN PARA 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 es pertinente): \_\_\_\_\_

### II. COMPOSICIÓN ACTUAL DEL HOGAR

Mencione **todas las personas** (incluyendo cualquier ayudante en la vivienda) 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. Ponga primero la persona principal de la familia. 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 Web en [www.hacosantacruz.org](http://www.hacosantacruz.org), en nuestra oficina, o llamando al Centro de Información al (831) 454-5955.

<b>A. Adultos (mayores de 18 años)</b> Nombre legal completo (Ejemplo: Juan López)	Fecha de nacimiento: (21/09/1964)	Título del puesto / Ocupación (Enfermero)	Relación con la persona principal de la familia (esposa)	Número de Seguro Social (123-45-6789)	Porcentaje del tiempo que el adulto vive en la unidad que recibe ayuda (100%)
	/ /		Persona principal		%
	/ /				%
	/ /				%
	/ /				%
<b>B. Niños (menores de 18 años)</b> Nombre legal completo (Ejemplo: Juan A. López)	Fecha de nacimiento (22/07/1998)	Nombre/Dirección de la escuela o pre-escuela (Harbor High, Santa Cruz)	Relación con la persona principal de la familia (Hijo)	Número de Seguro Social (123-45-6789)	Porcentaje de tiempo que el niño vive en la unidad que recibe ayuda (100%)
	/ /				%
	/ /				%
	/ /				%
	/ /				%

**C. Miembros de la Familia que no viven con Ud.**- Mencione padres ausentes de niños menos de 18 años, ex parejas de divorcio o miembros separados, y niños menores de edad de cualquier miembro de la familia que no menciono 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 DEBEN COMUNICARSE

#### A. Ingresos por Empleo

1. ¿Recibe CUALQUIER miembro adulto del hogar (mayor de 18 años) CUALQUIERA de los siguientes tipos de ingresos relacionados al empleo?

- Sí  No a. Ingresos por empleo (salario, pago por hora, comisiones, honorarios, propinas o bonos)
- Sí  No b. Ingresos como trabajador independiente (contratista, negocio personal, trabajador por día, empleos diversos, etc.)
- Sí  No c. Pago por despido (pago adicional dado a un empleado al ser despedido de su empleo)
- Sí  No 4. Pensión / Jubilación (de previo empleo, no contando el Seguro Social)

**Si respondió NO a todo lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 2.

**Si respondió SÍ a cualquiera de los puntos anteriores**, use el espacio a continuación para dar información sobre los ingresos de cada persona relacionados a empleo. Comunique todos los ingresos relacionados al empleo actual de cada adulto. Si cualquier adulto tiene más de un empleo (o tipo de ingresos relacionados a empleo) use los espacios adicionales que necesite. Si no está seguro de la dirección de la compañía en la que trabaja, búsquela en sus talones de cheques salariales. Si **trabaja independientemente**, use el espacio abajo provisto para dar información sobre sus clientes. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre del adulto	Nombre del patrón/ Dirección donde se pueda verificar el empleo ( <i>Si trabaja independientemente, mencione clientes</i> )	Número de teléfono y de fax	Tipo de ingresos	Cantidad <b>en bruto</b>
<i>Ejemplo: Susana</i>	<i>Main Hospital, 123 Main Street Ciudad, Estado, Código postal</i>	Teléfono: 555-1111 Fax: 555-2222	<input checked="" type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Pago por despido <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación	Por hora: \$10.00 Horas por semana: 25
		Teléfono: Fax:	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Pago por despido <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación	Por hora: _____ Horas por semana: _____
		Teléfono: Fax:	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Pago por despido <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación	Por hora: _____ Horas por semana: _____
		Teléfono: Fax:	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Pago por despido <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación	Por hora: _____ Horas por semana: _____

#### B. Alimony / Mantenimiento de cónyuge y Mantenimiento de hijos

2. ¿Recibe cualquier miembro del hogar, o tiene una orden de tribunales para recibir *alimony* / mantenimiento de cónyuge y/o dinero para el mantenimiento de los hijos /dejando de lado AFDC?  Sí  No

**Si respondió NO a cualquiera de lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 3.

**Si respondió SÍ**, use el espacio provisto a continuación para dar información sobre el dinero recibido o con orden para recibir como *Alimony* y/o para el mantenimiento de los hijos. Adjunte otras hojas si fuera necesario.

Persona que recibe el dinero	Nombre, dirección y condado del Departamento de Apoyo a la Familia u otra agencia	Beneficiario / Número de caso	Tipo de ayuda	Cantidad <b>mensual</b> <i>Ordenada</i>	Cantidad <b>mensual</b> <i>Recibida</i>
			<input type="checkbox"/> <i>Alimony</i> /Mantenimiento de cónyuge <input type="checkbox"/> Mantenimiento de hijos	\$ _____ \$ _____	\$ _____ \$ _____

### C. Ingresos no Provenientes de Empleo

3. ¿Recibe **CUALQUIER** persona en el hogar ingresos por Desempleo, Incapacidad, Seguro Social, Ingresos Suplementarios (SSI) Beneficios de veteranos o *Cash aid* / Bienestar Social (incluyendo CalWORKS, AFDC, - Ayuda a Familias con Niños Dependientes, TANF – Ayuda Provisoria para Familias Necesitadas, GA - Ayuda General, o Kin Gap)?

Sí  No (**Nadie** en el hogar recibe **ninguno** de los tipos de ingresos arriba mencionados.)

**Si respondió NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 4.

**Si respondió SÍ**, dé la cantidad de los ingresos BRUTOS no provenientes de empleos que reciben los miembros del hogar POR MES de cada una de las fuentes mencionadas. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario. **Si un miembro del hogar no recibe uno o más de los tipos de ingresos mencionados, escriba “No” o “Ninguno” en el espacio provisto.**

Persona recibiendo los ingresos	Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD) Desempleo (UIB)	Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD) Incapacidad	Beneficios de Seguro Social/SSB e Ingresos Suplementarios/SSI	Beneficios a Veteranos	Cash Aid / Bienestar Social (CalWORKS, AFDC, TANF, GA, KinGap)
<i>Ejemplo: Sue</i>	<i>No</i>	<i>\$685</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>\$380</i>

4. ¿Recibe **CUALQUIER** miembro de la familia una Compensación del Trabajador o pagos por un niño adoptado o en cuidado provisorio (*foster child*)?

Sí  No (**Nadie** en el hogar recibe **Compensación del Trabajador o pagos por niño adoptado o en cuidado provisorio.**)

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 5.

**Si respondió SÍ a lo anterior**, use el espacio provisto a continuación para dar información sobre la Compensación del Trabajador o los ingresos por niño adoptado o en cuidado provisorio de cada miembro de la familia. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Persona que recibe los ingresos	Tipo de ingreso	Nombre, dirección y condado de donde provienen los ingresos	Cantidad <b>mensual</b> recibida
	<input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Cuidado provisorio / Adopción		\$ _____
	<input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Cuidado provisorio / Adopción		\$ _____

5. ¿Paga **cualquier** persona que no viva en su hogar (como un amigo, pariente, o agencia) cualquiera de las cuentas de su hogar o gastos hechos por usted, o le da a un miembro de su hogar dinero o cualquier contribución no-monetaria o regalos (como abarrotes, productos o servicios)?  Sí  No

**Si respondió NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 6.

**Si respondió SÍ**, use el espacio provisto a continuación para proveer información sobre las contribuciones que recibe. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Tipo de contribuciones o regalos recibidos	Nombre y dirección de la persona o agencia que contribuye	Número de teléfono	Cantidad o valor	Con qué frecuencia

6. ¿Recibe **cualquier** persona en el hogar **CUALQUIER OTRA AYUDA O INGRESO** (como un beneficio o servicio) que no haya sido mencionado en este formulario?  Sí  No

**Si respondió NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 7.

**Si respondió SÍ**, use el espacio provisto a continuación para dar información sobre **CUALQUIER** otra ayuda o ingreso recibido, quién lo recibe y la dirección donde puede verificarse. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

## IV. BIENES – TODOS LOS BIENES DEBEN SER COMUNICADOS

### D. Cuentas bancarias

7. ¿Tiene **CUALQUIER** miembro del hogar alguna cuenta bancaria (cuenta corriente o de cheques, de ahorros u otra) en una institución financiera?  Sí  No

**Si respondió NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 8.

**Si respondió SÍ**, Debe enviar todas las páginas de su estado más reciente de cada cuenta que tenga.

**Si respondió SÍ**, use el espacio abajo provisto para dar información sobre la cuenta. **Si más de una persona es nombrada en la cuenta, por favor dé todos los nombres incluidos en la cuenta.** Ponga solo una cuenta en cada línea. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre y dirección de la Institución financiera o Banco	Todos los nombres en la cuenta	Número de cuenta	Tipo de cuenta (cheques, ahorros, etc.)	Balance actual	Interés anual ganado
				\$ _____	\$ _____
				\$ _____	\$ _____
				\$ _____	\$ _____

### E. Cuentas de inversiones / Cuentas para jubilación / Propiedad inmobiliaria

8. ¿Tiene **CUALQUIER PERSONA** en el hogar una de las siguientes?

Certificados de depósito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ganado la lotería	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Certificados de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ajuste de un seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Money Market Funds	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Póliza de seguro de vida total (valor en efectivo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trust Funds	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Special Needs Trusts	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	401(k) de jubilación (tiene acceso a ese dinero)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Casa movable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Terreno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dinero en efectivo (si respondió si, cuanto: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuenta de jubilación independiente (IRA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Jubilación de trabajo independiente (Keogh)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inversiones personales (joyas, monedas, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(si respondió si, que tipo: _____ valor: _____)	

**SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA DE LO ANTERIOR**, use el espacio abajo provisto para dar la información requerida. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario. Debe enviar todas las páginas de su estado más reciente de cada cuenta que tenga.

Nombre y dirección de la Institución financiera / Banco	Nombre(s) en la cuenta	Número de cuenta	Tipo de cuenta	Balance aproximado / Valor	Interés anual ganado
				\$ _____	\$ _____
				\$ _____	\$ _____

9. ¿Tiene **cualquier** persona en su hogar **OTROS BIENES** que no hayan sido comunicados en este formulario?  Sí  No

**Si respondió SÍ**, use los renglones abajo provistos para dar la información requerida sobre otros bienes. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario. Debe enviar todas las páginas de su estado de valoración más reciente para todos estos otros activos. Incluya los intereses / dividendos / ingresos anuales ganados.

## F. Disposición de Bienes

10. En los últimos dos años, **cualquier persona** en su hogar ¿ha vendido o regalado cualquier tipo de bienes (como dinero, cuentas bancarias, casa, terreno, casa movable, propiedad inmobiliaria, cuenta de inversión, cuenta para jubilación, póliza de seguro de vida o cualquier otro bien)?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 11.

**Si respondió SÍ**, use el espacio a continuación para dar la información requerida. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Persona a quien pertenecía el bien	Tipo de bien vendido o regalado	Valor cuando lo vendió o regaló	Cantidad recibida
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____

## V. CONCESIONES

### G. Gastos del cuidado de los niños

11. ¿Tiene **CUALQUIER** persona en su hogar gastos de cuidado de un niño menor de 12 años para permitirle a un miembro del hogar trabajar, buscar trabajo o mejorar su educación (académica o vocacional)?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la pregunta 12.

**Si respondió SÍ**, use el espacio a continuación para dar la información sobre los gastos del cuidado del niño. Por favor mencione todas las agencias, grupos y proveedores a los que paga de su propio bolsillo por el cuidado de los niños. No incluya costos que le sean reembolsados por una agencia o persona fuera del hogar. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre del niño o niños	Nombre del adulto que puede trabajar, buscar trabajo o educarse gracias a este cuidado del niño	Nombre y dirección de la agencia, grupo o proveedor a los que paga por el cuidado del niño.	Número de teléfono	Costo <b>mensual</b> al hogar
				\$ _____
				\$ _____

### H. Gastos médicos y ayuda por incapacidad

En base a sus respuestas a las siguientes preguntas, la Autoridad de Viviendas quizá se comunique con usted para obtener información adicional para determinar si se califica usted o no para estas concesiones. Por favor, tenga en cuenta que no es necesario responder a esta pregunta o divulgar cualquier información acerca del estado de incapacidad de cualquier miembro del hogar. Sin embargo, con el estatus de discapacidad puede tener un impacto en el nivel de subsidio que usted podría ser elegible para recibir

12. ¿Usted o su cónyuge desean reclamar estatus de discapacidad? (no incluya incapacidades temporarias)  Sí  No

13. ¿Es la persona principal de la familia o su esposa/o mayor de 62 años?  Sí  No

13a. **Si respondió Sí a la pregunta 12 ó 13**, ¿anticipa Ud. algún gasto médico no reembolsado (pagado de su bolsillo), incluyendo las cuotas de la póliza de seguro médico, en los próximos 12 meses?  Sí  No

14. ¿Cree que necesitará pagar en los próximos 12 meses a ayudantes para cuidar a un miembro del hogar discapacitado, o por equipos médico, para permitirle trabajar al miembro del hogar discapacitado o a otro miembro de la familia?  
 Sí  No

## I. Condición de estudiante

15. ¿Está cualquier adulto que vive (mayor de 18 años) en su hogar matriculado en cualquier clase en una institución a nivel universitario?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar el cuadro a continuación y proceder a la sección de Antecedentes de Arriendo abajo.

**Si respondió SÍ**, use el espacio a continuación para proveer la información sobre la condición de estudiante. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Nombre del estudiante	Nombre de la escuela	Estatus de Estudiante	Dirección de la escuela
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	

## J. Información adicional

16. ¿Participa algún miembro de su hogar en un programa de autosuficiencia económica u otra capacitación para empleo?  Sí  No **Si respondió Sí, ¿qué miembro(s) del hogar?** \_\_\_\_\_

a) SI RESPONDIÓ SÍ A LA PREGUNTA 16 ANTERIOR, ¿ha recibido algún miembro de su hogar recientemente un aumento en sus ganancias como empleado durante la participación en un programa de autosuficiencia económica u otra capacitación para empleo?  Sí  No

**Si respondió Sí, ¿qué miembro(s) del hogar?** \_\_\_\_\_

17. ¿Ha recibido recientemente algún miembro de su hogar un aumento en sus ganancias como empleado después de haber estado sin empleo por un año o más, O después de haber ganado menos de \$3.750 en el último año?

Sí  No **Si respondió Sí, ¿qué miembro(s) del hogar?** \_\_\_\_\_

18. ¿Ha recibido recientemente algún miembro de su hogar un aumento en sus ganancias como empleado durante o dentro de 6 meses después de haber recibido ayuda de TANF o *Welfare to Work*?  Sí  No

**Si respondió Sí, ¿qué miembro(s) del hogar?** \_\_\_\_\_

## VI. ANTECEDENTES CRIMINALES

Las reglamentaciones federales requieren que la Autoridad de Viviendas revise los antecedentes criminales de solicitantes e inquilinos y termina la participación de algunos participantes en base a sus antecedentes criminales. **LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS 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 VIVIENDAS.**

19. ¿Ha sido arrestado usted o cualquier miembro de su hogar en los últimos doce meses?  Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la pregunta 20.

**SI RESPONDIÓ SÍ a lo anterior**, por favor explique, incluyendo el nombre del miembro o los miembros del hogar, la fecha del arresto, la descripción del crimen, el nivel de la ofensa y cualquier otra información relevante. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha del arresto: \_\_\_\_\_  Delito  Felonía

Descripción del crimen: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

20. ¿Ha debido usted o cualquier miembro de su hogar registrarse como ofensor sexual en los últimos doce meses?

Sí  No

**SI RESPONDIÓ NO a lo anterior**, puede saltar los renglones a continuación y proceder a la sección Certificaciones.

**Si respondió SÍ**, por favor explique, incluyendo el nombre del o de los miembros del hogar, la fecha y el nivel de la ofensa. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha del arresto: \_\_\_\_\_  Delito  Felonía

## VII. 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 Viviendas 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 Viviendas.
  - 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 el complejo.
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 A VOLUNTAD, 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 VIVIENDAS. 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





**Consentimiento:** Consiento en permitir que HUD o la HA solicite y obtenga información sobre ingresos de las fuentes nombradas en este formulario para los fines de verificar mi elegibilidad y nivel de beneficios bajo los programas de asistencia de vivienda de HUD. Entiendo que las HA que reciban información sobre ingresos bajo este formulario de consentimiento no pueden utilizarla para denegar, reducir o dar por terminada la asistencia sin primero verificar independientemente lo que fue la cantidad, si de hecho tuve acceso a los fondos y cuando se recibieron los fondos. Además, se me debe dar la oportunidad para disputar dichas determinaciones.

Este formulario de consentimiento vence 15 meses después de haberse firmado.

Firmas:

_____	_____		
Jefe de familia	Fecha		
_____		_____	_____
Número del Seguro Social (si lo hay) del Jefe de familia		Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Cónyuge	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha

**Notificación de la Ley de privacidad.** Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado para reunir esta información en virtud de la Ley de la Vivienda de los EE.UU. de 1937 (Título 42 del U.S.C. 1437 y siguientes). Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título 42 del U.S.C. 2000d), y por la Ley de Equidad en la Vivienda (Título 42 del U.S.C 3601-19). La Ley de la Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (Título 42 del U.S.C. 3543) requiere que los solicitantes y participantes presenten el Número del Seguro Social de cada miembro del hogar de seis años de edad o mayor. Propósito: HUD está reuniendo información sobre sus ingresos y otra información para determinar su elegibilidad, el tamaño apropiado del dormitorio (es decir, la recámara) y la cantidad que pagará su familia por el alquiler y los servicios públicos. Otros usos: HUD utiliza la información sobre ingresos familiares y otra información para ayudar con la gestión y vigilancia de los programas de asistencia de vivienda de HUD, para proteger los intereses financieros del gobierno y para verificar la precisión de la información que usted provee. Esta información puede ser divulgada a agencias federales, estatales y locales correspondientes cuando sea relevante, y a investigadores civiles, penales o regulatorios y a fiscales. Sin embargo, la información no será de otra forma divulgada o revelada fuera de HUD, con excepción de lo que permita o requiera la ley. Multa: Usted debe proveer toda la información solicitada por la HA, la cual incluye todos los Números del Seguro Social que usted y todos los demás miembros del hogar de seis años de edad o mayores tengan o utilicen. Es obligatorio proveer los Números del Seguro Social de todos los miembros del hogar de seis años de edad o mayores, y el no proporcionar los Números del Seguro Social afectará su elegibilidad. El no proveer cualquier parte de la información solicitada puede causar una demora o rechazo de la aprobación de su elegibilidad.

**Multas por el uso ilícito de este consentimiento:**

HUD, la HA y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD, la HA o el propietario) puede estar sujeto a multas por divulgaciones no autorizadas o uso impropio de la información reunida basada en el formulario de consentimiento.

El uso de la información reunida basada en el formulario HUD 9886 está limitado a los fines citados en el formulario HUD 9886. Cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente obtiene o divulga información alguna de manera fraudulenta relacionada a un solicitante o participante puede estar sujeta a delito menor y multada por no más de \$5,000.

Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede entablar una acción civil por daños y perjuicios y solicitar otra reparación, según corresponda, contra el funcionario o empleado de HUD, de la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso impropio.

# Autorización para la Divulgación de información / Notificación de la Ley de privacidad

al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. (HUD) )  
y la Agencia/Autoridad de Vivienda (HA)

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.  
Oficina de Vivienda Pública e Indígena

NÚMERO DE CONTROL OMB: 2501-0014

exp. 31/07/2017

PHA que solicita divulgación de información; **(Tachar el espacio si no hay)**  
(Dirección completa, nombre de persona de contacto y fecha)

IHA que solicita divulgación de información: **(Tachar el espacio si no hay)**  
(Dirección completa, nombre de persona de contacto y fecha)

Housing Authority of the County of Santa Cruz  
2160 41<sup>st</sup> Avenue  
Capitola, CA 95010-2040  
Teléfono: (831) 454-9455

**Autoridad:** La Sección 904 de las Enmiendas a la Ley Stewart B. McKinney de Asistencia para las Personas sin Hogar de 1988, según enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley Omnibus de Conciliación Presupuestaria de 1993. Esta ley se encuentra en el Título 42 del U.S.C. [Código de los EE.UU.] 3544.

Esta ley requiere que usted firme un formulario de consentimiento que da autorización para que: (1) HUD y la Agencia/Autoridad de Vivienda (HA) soliciten la verificación de salarios y sueldos de empleadores actuales o previos; (2) HUD y la HA soliciten información sobre reclamaciones de sueldo y de compensación por desempleo de la agencia estatal responsable de mantener dicha información; (3) HUD solicite cierta información sobre la declaración de impuestos de la Administración de Seguro Social de los EE.UU. y del

Servicio de Impuestos Internos de los EE.UU. La ley también requiere la verificación independiente de la información sobre los ingresos. Por lo tanto, HUD o la HA puede solicitar información a instituciones financieras para verificar su elegibilidad y niveles de beneficios.

**Propósito:** Al firmar este formulario de consentimiento, usted está autorizando a HUD y a la HA arriba mencionada para solicitar información sobre los ingresos a las fuentes nombradas en el formulario. HUD y la HA precisan esta información para verificar los ingresos de su hogar con el fin de asegurarse de que usted sea reúne los requisitos para recibir beneficios de asistencia de vivienda y que dichos beneficios estén fijados al nivel correcto. Es posible que HUD y la HA participen en programas de asociación con computadoras con estas fuentes para verificar su elegibilidad y los niveles de beneficios.

**Usos de la información a ser obtenida:** HUD está obligado a proteger la información que obtiene sobre los ingresos de acuerdo a lo dispuesto en la Ley de Privacidad de 1974, Título 5 del U.S.C. 552a. HUD puede divulgar información (que no sea información sobre la declaración de impuestos) para ciertos usos rutinarios, tales como a otras agencias gubernamentales para fines del orden público, a agencias federales para fines de idoneidad de empleo y a las HA para fines de determinar la asistencia para la vivienda. La HA también está obligada a proteger la información que obtiene sobre la vivienda de acuerdo a lo dispuesto en cualquier ley estatal sobre la privacidad aplicable. Los empleados de HUD y la HA pueden estar sujetos a multas por divulgaciones no autorizadas o indebidas de la información sobre los ingresos que se obtiene basadas en el formulario de consentimiento. **Los propietarios privados no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

**Quién debe firmar este formulario de consentimiento:** Cada miembro de su hogar de 18 años de edad o mayor debe firmar el formulario de consentimiento. Se deben obtener firmas adicionales de nuevos miembros

adultos que se unen al hogar, o cada vez que los miembros del hogar cumplan los 18 años de edad.

Las personas que solicitan o reciben asistencia bajo los siguientes programas están obligadas a firmar este formulario de consentimiento:

Vivienda pública de alquiler perteneciente a la PHA

Oportunidades para compradores de vivienda Llave en mano III

Oportunidad para compradores de vivienda de ayuda mutua Vivienda alquilada de la Sección 23 y 19(c) Pagos de asistencia para la vivienda de la Sección 23 Vivienda de alquiler para indígenas de propiedad de la HA

Certificado de alquiler de la Sección 8 Vale de alquiler de la Sección 8 Rehabilitación moderada de la Sección 8

**Si no se firma el formulario de consentimiento:** Si usted no firma el formulario de consentimiento es posible que se le deniegue su elegibilidad o se pueden dar por terminados sus beneficios de asistencia para la vivienda, o ambos. La denegación de elegibilidad o la terminación de beneficios están sujetos a los trámites de queja de la HA y a los trámites de audiencia informal de la Sección 8.

## Fuentes de información a ser obtenida

Agencias de recolección de información sobre salarios del estado. (Este consentimiento está limitado a salarios y compensación por desempleo que he recibido durante período(s) de tiempo dentro de los últimos cinco años cuando he recibido beneficios de asistencia para la vivienda).

Administración del Seguro Social de los EE.UU. (solamente HUD) (Este consentimiento está limitado a la información sobre salario y trabajo por cuenta propia y pagos de ingresos de jubilación según la referencia en la Sección 6103(l)(7)(A) del Código Fiscal).

Servicio de Impuestos Internos de los EE.UU. (solamente HUD) (Este consentimiento está limitado a ingresos no devengados \ [es decir, intereses y dividendos]).

También se puede obtener información directamente: (a) de empleadores actuales y antiguos con respecto a salario y sueldos y, (b) de instituciones financieras con respecto a ingresos no devengados (es decir, intereses y dividendos). Entiendo que la información sobre ingresos obtenida de estas fuentes será utilizada para verificar la información que proporciono con el fin de determinar si reúno los requisitos para los programas de asistencia de vivienda y el nivel de los beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento solo autoriza la divulgación directamente de empleadores e instituciones financieras de información relativa a todo período dentro de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia de vivienda.



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

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

I/We hereby give my/our consent to have the Housing Authority of the County of Santa Cruz obtain any and all information deemed necessary to determine or redetermine my/our eligibility for housing assistance. Therefore, I authorize the release of any of the information described below, as requested by the Housing Authority of the County of Santa Cruz.

I/We understand that this release of information includes the collection of information regarding my/our employment, Unemployment Insurance Benefits, any and all other benefits, child support and spousal support, bank accounts, any other income, asset or household information. Additionally, I/we give my/our consent to have the Housing Authority verify any childcare expenses, medical expenses, disability assistance expenses, full time student status and disability status, and criminal history. I/we understand that this information will be kept confidential and is being requested for the purpose of determining my/our eligibility for housing assistance.

I/we understand that this information may be disclosed to local public agencies and law enforcement for the purposes of ensuring program integrity and to prevent the misuse of public funds. I also authorize this form to be photocopied and used as an original.

ALL HOUSEHOLD MEMBERS 18 YEARS OR OLDER MUST SIGN.

This consent form expires 3 years following the end of program participation

**AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACIÓN – TRADUCCIÓN ESPAÑOLA**

Yo/Nosotros por la presente damos nuestro consentimiento a la Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz obtener cualquier y toda información creída necesaria para determinar o re determinar mi/nuestra elegibilidad para la ayuda de vivienda. Por lo tanto, yo/nosotros autorizo/autorizamos la liberación de cualquiera de la información descrita abajo, solicitada por la Autoridad de Viviendas del Condado de Cruz.

Yo o nosotros comprendemos que esta autorización incluye pedir y juntar información sobre mi o nuestros empleos, Beneficios de Seguro de Desempleo, cualquier y todo otro tipo de beneficios, manutención de hijos y manutención de cónyuge, cuentas bancarias y cualquier otra información sobre ingresos, bienes o composición del hogar. Adicionalmente, yo o nosotros damos el consentimiento a la Autoridad de Viviendas a verificar cualquier gasto de cuidado de niños, gastos médicos, gastos de ayuda de incapacidad, la posición de estudiante de tiempo completo y posición de incapacidad, e historial criminal. Yo o nosotros comprendemos que esta información será mantenida confidencialmente y que se pide con el propósito de determinar si nos calificamos para recibir ayuda de vivienda.

Yo/Nosotros entendemos que esta información puede ser divulgada a agencias públicas y con agencias del orden público con el objetivo de asegurar la integridad del programa y prevenir el mal uso de fondos públicos.

Yo o nosotros autorizamos también que este formulario sea fotocopiado y usado como original.

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR MAYORES DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR.

Este formulario de consentimiento se vence 3 años después del final de la participación en el Programa.

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta (*Print Name*)

\_\_\_\_\_  
 Firma (*Signature*)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta (*Print Name*)

\_\_\_\_\_  
 Firma (*Signature*)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta (*Print Name*)

\_\_\_\_\_  
 Firma (*Signature*)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta (*Print Name*)

\_\_\_\_\_  
 Firma (*Signature*)

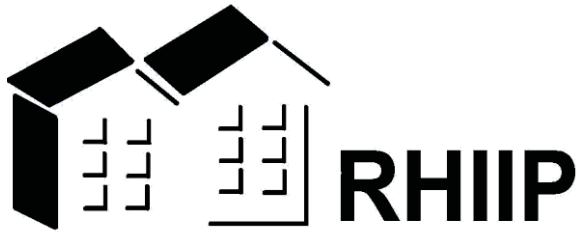
\_\_\_\_\_  
 Fecha (*Date*)





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 cualquiera 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:

## ¿Dónde 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/pd/programs/pdhp/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)