



Housing Authority of the County of Morris

P. O. Box 900
Morristown, NJ 07963-0900
(973) 540-0389



Roberta L. Strater
Executive Director

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD

() SOLICITUD DE FAMILIA () SOLICITUD DE PERSONA EN LA TERCERA EDAD

Datos Generales de la Familia

Nombre legal de la cabeza de familia _____

Dirección domiciliaria actual _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ ¿Cuánto tiempo hace que vive ahí? _____

Dirección postal _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono de la casa _____

Dirección previa _____ Teléfono del trabajo _____

Correo Electrónico _____

Integrantes del Hogar

Enumere el nombre legal de todas las personas que vivirán con usted. Empiece con usted, la cabeza de familia, después su cónyuge o co-cabeza de familia, después los demás adultos, y después los menores de edad (de mayor a menor).

Nombre legal del adulto	Relación con la cabeza de familia	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Ocupación	Lugar de nacimiento
Niños (Nombre legal)	Relación con la cabeza de familia	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Nombre del Padre/de la Madre Ausente	Dirección del Padre/de la Madre Ausente

¿Piensa que alguien se mudará para su hogar o se mudará de su hogar en los próximos doce meses? () Sí () No

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Hay alguien que vive con usted que no aparece en la lista anterior? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿quién es? _____

Origen Étnico: () Hispano () No es hispano

Raza () Blanco () Negro/Afroamericano () Indio Norteamericano/Nativo de Alaska () Asiático () Nativo de Hawai/otras islas del Pacífico

¿Necesita que hagamos algún cambio o adaptación para usar al máximo la unidad o el programa y sus servicios?

() Sí () No Si la respuesta es sí, explique: _____

Dominio limitado del inglés: Si el idioma inglés no es su lengua materna, ¿necesitará que la Dirección de la Vivienda le facilite servicios de interpretación? Si la respuesta es sí, por favor indique cuál es su lengua materna _____

Información sobre la Integridad del Programa: (Estas preguntas son aplicables a todos los integrantes del hogar)

¿Alguna vez ha vivido en una vivienda subsidiada? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿qué nombre usó? _____
 ¿Quién era el cabeza de familia? _____

¿Alguna vez ha usado algún otro nombre aparte del que usa en la actualidad? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿qué nombre? _____

¿Alguna vez ha usado algún otro número de seguro social aparte del que usó en esta solicitud? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿qué número? _____

Proporcione una lista completa de todos los estados en donde cada uno de los miembros de su hogar ha residido _____

¿Alguien en su hogar esta obligado a ser miembro de por vida al registro de delincuentes sexuales en cualquier estado?

[] Sí [] No

¿Ha sido algún miembro de su hogar arrestado o declarado culpable por el uso, la venta, fabricación o distribución de sustancias controladas? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿quién, cuándo y por qué? _____

¿Alguna de las personas en su hogar usa drogas controladas o ilegales en la actualidad? () Sí () No

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Ha sido alguna persona en su hogar arrestada o declarada culpable por actos delictivos?

() Sí () No Si la respuesta es sí, ¿quién, cuándo y por qué? _____

¿Alguna vez le han desalojado de una Vivienda Pública o Subsidiada por actos delictivos de violencia o actos relacionados con drogas? () Sí () No

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Le debe dinero a algún organismo de vivienda público? () Sí () No

Total de Ingresos del Hogar: Liste todo el dinero que recibe o gana cada una de las personas que vive en el hogar. Incluya todo el dinero que recibe por empleo, empleo por cuenta propia, subsidios por desempleo, sustento al menor, donativos regulares, seguro social, seguro social complementario, retiro, discapacidad, indemnización por accidentes de trabajo, ayuda a familias con hijos dependientes [TANF, por sus siglas en inglés], beneficios de veteranos, ingresos de propiedades de alquiler, dividendos de acciones, intereses, anualidades y cualquier otra fuente de ingresos.

Escriba una explicación detallada de todos los "ingresos"

Nombre del Integrante de la Familia	Fuente de Ingreso/Empleador	Cantidad de horas que trabaja a la semana	Ingresos Anuales
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

¿Alguna de las personas en su hogar ha solicitado algún beneficio o dinero que está en proceso de ser autorizado? () Sí () No

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Alguien que no vive en su hogar paga alguna de sus cuentas o gastos? () Sí () No Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Usted tiene derecho a: Sustento al menor? () Sí () No

¿Pensión alimenticia? () Sí () No

¿Manutención? () Sí () No

¿Usted recibe sustento al menor, pensión alimenticia o manutención? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿por parte de quién y qué cantidad? _____

¿Alguna de las personas en su hogar tiene una beca o subvención estudiantil? () Sí () No

Si la respuesta es sí, Nombre: _____, Fuente _____, Suma \$ _____, por _____

Información sobre los activos

¿Usted o alguno de los integrantes del hogar son propietarios o tienen intereses en algún inmueble, bote, y/o casa móvil? () Sí () No ¿Usted vendió algún inmueble en los últimos cinco años? () Sí () No

Descripción de los activos	Ubicación de los activos	Valor de los activos
		\$
		\$
		\$

Información sobre las cuentas de banco

¿Dónde tiene sus cuentas de banco? ¿Qué tipo de cuentas tiene en esa institución?

Liste todos los valores de la bolsa, bonos, anualidades, bonos de ahorro, acciones de cooperativas de ahorro y cualquier otro tipo de activos que pertenezcan a los adultos del hogar.

Nombre del banco	Número de cuenta	Tipo de cuenta	Conjunta/Individual	Saldo actual	Saldo promedio en seis meses
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	

Descuentos y Deducciones

¿Usted paga por gastos de guardería? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿a quién? _____ Suma: \$ _____ Por _____
Semana/Mes

Gastos de Asistencia a Discapacitados

Número del Integrante de la Familia	Suma	A la (semana/mes)	Razón
	\$		
	\$		

Gastos Médicos y poco comunes: (Familias con personas en la tercera edad solamente)

¿Medicare? \$ _____ Por _____
 ¿Otro seguro médico? \$ _____ Por _____
 ¿Gastos regulares en gastos médicos? \$ _____ Por _____
 ¿Gastos regulares en medicamentos? \$ _____ Por _____
 Gastos médicos que espera tener en los próximos doce meses \$ _____ Por _____

Gastos mensuales en la actualidad (basado en el mes anterior)

Alquiler \$ _____ Teléfono \$ _____ Médico \$ _____ Tarjeta de crédito \$ _____
 Gas \$ _____ Pagos de auto \$ _____ Seguro \$ _____ Tarjeta de crédito \$ _____
 Electricidad \$ _____ Seguro de auto \$ _____ Cable \$ _____ Préstamo \$ _____
 Agua \$ _____ Guardería \$ _____ Alquileres \$ _____ Otro \$ _____

¿Hace algún otro pago mensual regular aparte de los mencionados anteriormente? () Sí () No

Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

Historial laboral de los adultos del hogar

A continuación escriba el nombre del último lugar de trabajo de cada uno de los adultos integrantes del hogar:

Nombre del integrante de la familia	Empleador	Ciudad, Estado del Empleador	Desde	Hasta

Otros datos de evaluación de la idoneidad para viviendas públicas

¿Alguna vez le han desalojado? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿quién le desalojó, dónde y por qué? _____

Diga el nombre de su arrendador actual y los arrendadores anteriores de los últimos tres años como referencia.

Arrendador	Dirección del arrendador	Número de teléfono	Desde	Hasta

Referencias de crédito: Enumere cuatro referencias de crédito

Compañía / Banco	Número de cuenta	Teléfono

Mascotas

¿Tiene alguna mascota? () Sí () No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____ Tamaño: _____ Peso: _____ libras

Vehículos: ¿Cuántos vehículos hay en la familia?

Dueño	Marca	Modelo	Año	Color	Número de matrícula	Estado

Autorizaciones, declaraciones y certificaciones:

Nosotros autorizamos a Housing Authority of the County of Morris para obtener un "informe del consumidor" como se define en el Fair Credit Reporting Act junto con la información que considere necesario en el procesamiento de mi aplicación, incluyendo; informes de crédito, acciones civiles o penales, historial de renta, detalles de empleo/salario, policía, registros de vehículos y cualquier otra información relevante.

Nosotros entendemos que cualquier declaración falsa de información o la falta de revelar la información requerida en esta solicitud podrán descalificarnos de consideración para la admisión o participación y puede ser objeto de desalojo o la terminación de la asistencia.

ADVERTENCIA: El Artículo 1001 del Título 18 del Código Federal de los Estados Unidos establece que toda persona que a sabiendas e intencionalmente haga declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier Departamento o Agencia Estadounidense o al Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano es culpable de un delito grave.

AVISO: Todo intento de obtener Viviendas Públicas, cualquier subsidio de alquiler o reducción de alquiler basado en información falsa, suplantación de identidad, omisión de alguna información o algún otro acto fraudulento y todo acto para ayudar a dichos fines se considera un delito.

Firma de la cabeza de familia: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge/co-cabeza de familia: _____ Fecha: _____

Firma del adulto que reside en su hogar: _____ Fecha: _____

Firma del adulto que reside en su hogar: _____ Fecha: _____

Firma del adulto que reside en su hogar: _____ Fecha: _____

Si la cabeza de familia o el cónyuge/co cabeza de familia no está presente, por favor explique la razón: _____

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respaldar los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.