



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE VILLAGE OF GREENPORT

236 Third Street - Greenport, NY 11944

Teléfono: (631) 477-2391 x 208 - Fax: (631) 477-1877

USO EXCLUSIVO VGHA

Local ___ No residentes ___

PREF 1 2 3 4 5 6
NA

Complete la siguiente información

Nombre del solicitante _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono _____

Nombre del empleador/fuente de ingresos: _____

Dirección del trabajo _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Por favor, lea toda la solicitud antes de empezar a llenarla. Si necesita más espacio para escribir, adjunte al dorso de la solicitud una hoja de papel con su información adicional o aclaratoria.

Las solicitudes incompletas no serán aceptadas y le serán devueltas.

Declaración personal

Este formulario debe completarlo usted mismo. Debe utilizar el nombre legal correcto de cada miembro de la unidad familiar tal y como aparece en su tarjeta del Seguro Social. Los miembros adultos de la unidad familiar mayores de 18 años deben firmar la Declaración del solicitante en la última página, en la que se certifica que la información se refiere a ellos. Escriba en letra de imprenta

Composición del Hogar

Enumere a continuación todos los miembros adultos del hogar que vivirán en la unidad asistida que tengan 18 años de edad o más. Las tarjetas de Seguro Social de todos los individuos deben ser presentadas a la Autoridad de Vivienda de Village of Greenport.

Adultos (mayores de 18 años) (Como aparece en la tarjeta del Seguro Social). Nombre, Inicial Segundo nombre y apellidos	Fecha de nacimiento	Relación con la cabeza de familia	Seguro Social Número	¿Discapacitado? S/N	E.E.U.U. ¿Ciudadano? S/N

Niños/as (menores de 18 años) (Como aparece en la tarjeta del Seguro Social). Nombre, Inicial segundo nombre y Apellidos	Fecha de nacimiento	Relación con la cabeza de familia	Seguro Social Número	¿Discapacitado? S/N	E.E.U.U. ¿Ciudadano? S/N	Nombre de la Escuela

Si usted o alguien de su familia es una persona con discapacidad y necesita un ajuste razonable para utilizar nuestros programas o servicios plenamente, por favor póngase en contacto con (o haga que su apoderado se ponga en contacto con) la oficina de la Autoridad de Vivienda.

1. ¿Algún otro adulto comparte la custodia de alguno de los niños/as? Si No Si la respuesta es afirmativa, ¿Quién? _____
2. ¿Alguna de las personas que figuran en la solicitud tiene sentencia de divorcio u orden judicial como consecuencia de un divorcio o separación legal? Si No Si la respuesta es afirmativa, ¿Quién? _____
3. ¿Alguna de las personas que figuran en la solicitud está esperando un hijo? Si No Si la respuesta es afirmativa, ¿Quién? _____
4. ¿Usted o algún otro miembro adulto ha utilizado alguna vez otro(s) nombre(s) o número(s) del Seguro Social distinto(s) del que utiliza actualmente? Si No Si la respuesta es afirmativa, por favor explique: _____
5. ¿Ha utilizado usted o algún miembro de su hogar otro nombre distinto del que utiliza ahora? Si No Si la respuesta es afirmativa, ¿Quién? _____ ¿Qué nombre? _____
6. ¿Prevé cambios en el tamaño de su familia en los próximos 12 meses? Si No Si la respuesta es afirmativa, explique los cambios: _____
7. Su dirección de **RESIDENCIAL ACTUAL:**

Dirección Postal

Ciudad

Estado

Código postal

INFORMACIÓN SOBRE EL PROPIETARIO Y LA RESIDENCIA ACTUALES:

Nombre del arrendador **actual:** _____

Dirección del arrendador actual: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del propietario: _____

Fecha de entrada: _____

Alquiler que paga actualmente: _____

¿Paga usted los servicios públicos? Si No

Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de servicio y el costo mensual promedio de cada uno: _____

Dirección postal de la cabeza de familia (*si es diferente de la dirección actual*):

Dirección Postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

¿Desea incluir a otra persona como punto de contacto? En caso afirmativo, facilítenos sus datos:

Dirección Postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

8. ¿Por qué desea mudarse o explique detalladamente por qué solicita la Sección 8?:

9. ¿Alguno de los siguientes puntos se aplica a su situación?

- a. Si No ¿Vive y/o trabaja a tiempo completo en Greenport?
- b. Si No ¿Vive en una situación precaria o sin hogar? (La vivienda precaria incluye hacinamiento, electrodomésticos básicos que no funcionan, falta de calefacción o de agua, etc.). En caso afirmativo, explique las condiciones de su vivienda actual: _____
- * Si No Si no tiene hogar, ¿su última residencia permanente se encontraba en Greenport? _____
- c. Si No ¿Se ha visto desplazado involuntariamente de su residencia actual? (por ejemplo, si su casero está vendiendo la vivienda, si su residencia actual ha sufrido graves daños como consecuencia de una catástrofe o si se le ha pedido que la abandone por motivos distintos a falta de pago del alquiler o desalojo) En caso afirmativo, explique por qué debe abandonar su residencia actual: _____
- d. Si No ¿Está pagando más del 50% de los ingresos combinados de su familia para el alquiler?
- e. Si No ¿Es víctima de violencia doméstica? (En caso afirmativo, por favor solicite un formulario VAWA)
- e. Si No ¿Tiene más de 62 años o hay dos o más personas en su hogar que sean mayores de 62 años de edad?
- * Si No ¿Necesita ajustes razonables por una discapacidad?

10. ¿Vive en su unidad de vivienda alguna persona que no figure en el cuadro de composición del hogar de la pregunta anterior? Si No En caso afirmativo, por favor explique: _____

11. ¿Tiene previsto vivir con usted en el futuro alguien que no figure en el cuadro de composición del hogar de la página anterior? Si No En caso afirmativo, por favor explique: _____

12. ¿Cuántas personas viven actualmente en su vivienda? _____ ¿Cuántos dormitorios hay en la unidad? _____

13. ¿Es usted o algún miembro de su familia estudiante? Si No En caso afirmativo, ¿Dónde estudia/n? _____

(Si usted paga por la guardería, la Autoridad de Vivienda de Village of Greenport debe verificar su condición de estudiante, en la escuela mencionada anteriormente. También debe enumerar los estudiantes de 18 años de edad o mayores.)

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO ANTERIOR

14. Su Dirección **ANTERIOR**:

Dirección Postal Ciudad Estado Código Postal

Nombre del arrendador **anterior**: _____

Dirección del arrendador **anterior**: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha en que vivió allí: Desde _____ hasta _____ Razón por la que se mudó: _____

15. ¿Alguien que vaya a vivir en la unidad asistida ha vivido en un Estado distinto del de Nueva York?

Si No En caso afirmativo, ¿Quién de la familia? _____, ¿Qué Estado(s)? _____
¿Quién de la familia? _____, ¿Qué Estado(s)? _____

ANTECEDENTES PENALES Y OTRA INFORMACIÓN

16. ¿Ha recibido usted o algún miembro de su hogar ayuda para el alquiler en viviendas públicas o de la Sección 8? Si No En caso afirmativo, cuándo (qué años): Desde _____ Hasta _____
Nombre de la agencia de vivienda: _____ Que estado? _____
¿Quién era la cabeza de familia? _____
17. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar desalojado alguna vez de cualquier tipo de vivienda? Si No
En caso afirmativo, explique cuándo y dónde y por qué: _____

18. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha abandonado alguna vez una vivienda de alquiler debiendo dinero por daños, alquiler atrasado o cargos por demora?? Si No En caso afirmativo, explique: _____

19. ¿Se le ha pedido alguna vez a usted o a algún miembro de su hogar que devuelva dinero a una Autoridad de la Vivienda o a otra agencia que administre un programa de la Sección 8, por tergiversar información a sabiendas o por cometer fraude en un programa de vivienda asistido por el gobierno federal? Si No En caso afirmativo, explique: _____

20. ¿Usted o algún miembro de su hogar abusa del alcohol de una forma que amenaza la salud, el bienestar o la seguridad de otras personas? Si No En caso afirmativo, explique: _____

21. ¿Ha sido usted o algún miembro de su familia detenido por algún delito? Si No En caso afirmativo, explique: (incluya cuando fue arrestado y la razón del arresto): _____

22. ¿Ha sido usted o algún miembro de su familia condenado alguna vez por algún delito? Si No En caso afirmativo, cuántas veces? _____ ¿Qué crimen(es)? _____

23. ¿Ha sido usted o algún miembro de su familia condenado alguna vez por un delito grave? Si No En caso afirmativo, explique: _____
24. ¿Algún miembro de la unidad familiar está registrado de por vida como delincuente sexual? Si No En caso afirmativo, quien? _____ En qué Estado(s)? _____
25. ¿Consume algún miembro de la familia drogas ilegales en la actualidad? Si No En caso afirmativo, quien? _____
26. ¿Algún miembro de su familia necesita algún tipo de adaptación por discapacidad para utilizar plenamente nuestros programas y servicios? Si No En caso afirmativo, quien? _____
¿Que necesita? _____
27. ¿Cómo conoció el programa Sección 8? _____

Información General (Para propósitos estadísticos únicamente del HUD)

Raza: (Cabeza de familia) seleccione uno:

Blanco Indígena Americano/Nativo de Alaska Negro/Afro Americano Asiático
 Nativo de Hawaii/Otra isla del Pacífico

Etnicidad: (cabeza de familia) escoja uno): Hispano o Latino No-Hispano

INFORMATION FINANCIERA

FUENTE DE INGRESOS

- ¿Hizo usted o algún miembro de su familia una declaración federal de la renta el año pasado? Si No En caso afirmativo, quien? _____
- Usted o algún miembro de su hogar recibe o espera recibir alguna de las siguientes ayudas durante los próximos 12 meses (vea el grafico a continuación):

¿Sueldo, salarios, propinas, honorarios, efectivo o comisiones de cualquier empleador? (tiempo completo o medio tiempo)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nombre del Empleador:		
¿Trabaja tiempo completo? (más de 30 horas a la semana)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Trabaja medio tiempo? (menos de 30 horas a la semana)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Trabaja todo el año?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Trabaja por temporadas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene que solicitar desempleo por el trabajo temporal por estación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Remuneración/efectivo por servicios personales (por ejemplo, niñera, servicio de chofer)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ingresos que vienen del ejercicio de un negocio o profesión (Tiene su propio negocio)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Intereses, dividendos, ¿u otros ingresos provenientes de inmuebles o propiedad privada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Pagos del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Pagos de rentas vitalicias, dividendos, ¿o pólizas de seguro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Pagos de fondos de jubilación o pensión?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Pagos de prestaciones por invalidez, o por defunción?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
desempleo, incapacidad, o indemnización por accidente laboral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Indemnización por despido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asistencia social o pagos (TANF) Asistencia Temporal a Familias en Necesidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Pensión Alimentaria?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Manutención para Menores?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Contribuciones regulares, o regalos, ¿pago de facturas por alguien? (¿Alguien le ayuda a pagar sus facturas? En caso afirmativo, quien paga sus cuentas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Pago Militar Regular, o especial?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Dinero por empleo independiente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Asistencia Financiera para asistir a la escuela?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Enumere las fuentes y cantidades de todos los ingresos (dinero) previstos para los próximos 12 meses para todos los miembros de la familia de cualquier y toda fuente, incluido el dinero que le hayan dado otros miembros de la familia o amigos:

Todos los miembros del Hogar – Nombre de quien recibe ingresos	Nombre del Empleador/ Fuente de Ingresos (Es decir, de la lista anterior: nombre del empleador, prestación o beneficio recibido, por incapacidad o manutención de menores, etc)	Con que frecuencia le pagan? (ej. Seminal, bi-semanal, bi-mensual, mensual, anual)	Importe Bruto? (antes de los impuestos)

INFORMACION SOBRE BIENES/POSESIONES

3. ¿Usted o algún miembro de su familia posee o tiene acceso a alguno de los siguientes?

- ¿Cuenta de ahorros o de cheque?..... Si No
- ¿CD o Mercado Monetario?..... Si No
- ¿Acciones o Bonos?..... Si No
- ¿Pensiones?..... Si No
- ¿Fondos fiduciarios?..... Si No
- ¿Herencia?..... Si No
- ¿IRAs (Cuenta de jubilacion)?..... Si No
- ¿Póliza de Seguro de Vida?..... Si No
- ¿Cualquier otro tipo de inversión capital?..... Si No

Miembro del Hogar Nombre	Tipo de inmueble (de la lista anterior)	Cuenta #	Balance en la cuenta

4. ¿Usted o los miembros de su familia tienen carro(s)? Si No

Modelo/año _____ Placa # _____
 Modelo/año _____ Placa # _____
 Modelo/año _____ Placa # _____

5. ¿Ha vendido o (tiene previsto vender) o deshacerse de algún bien de inmueble? Si No
 En caso afirmativo, explique:

6. ¿Usted o algún miembro de su familia posee o tiene algún interés en algún bien inmueble, casa móvil o propiedad personal mantenida como inversión (como piedras preciosas, joyas, colecciones de monedas, coches antiguos, barcos, etc.)? Si No En caso afirmativo, explique _____

7. ¿Algún miembro de la familia tiene gastos de guardería de un niño de 12 años o menor? Si No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Información del Proveedor de Cuidado Infantil			
Nombre	Dirección	Teléfono	Pago Mensual

8. ¿Se reembolsa alguna parte de estos gastos de cuidado infantil a través de una agencia o persona externa?
 Si No En caso afirmativo, Cuanto se le reembolsa al mes?: _____
9. ¿Paga a un cuidador para que atienda a un familiar discapacitado para que un adulto de la familia pueda trabajar? (puede ser la persona con discapacidades) Si No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Información del Cuidador			
Nombre	Dirección	Teléfono	Pago Mensual

10. ¿Esta pagando por algún equipo para un miembro de la familia discapacitado que le permite a un adulto miembro de la familia trabajar? Puede ser la persona con discapacidades) Si No En caso afirmativo, Cual es el costo mensual?

11. Indique la cantidad en dólares de sus gastos de manutención que figuran a continuación:

Articulo	Cantidad mensual	Fecha de ultimo pago	¿Quien pago?
Renta			
Electricidad			
Gas			
Agua			
Teléfono			
TV cable			
Pago por el Carro			
Seguro del Carro			
Gasolina para el carro			
Seguro de Vida			
Seguro de Salud			
Préstamo(s)			
Alquileres			
Comida			
Tarjetas de crédito			
Manutención Infantil			

¿Se le reembolsa alguno de estos gastos? En caso afirmativo, explique _____

GASTOS MEDICOS

(Estas preguntas sólo se aplican si la cabeza de familia, cónyuge o co-cabeza de familia tiene 62 años o más, o es discapacitado)

12. ¿Paga usted o algún miembro de su familia por alguno de los siguientes artículos?
- ¿Prima del Seguro Medico?..... Si No
 ¿Seguro de cuidado a largo plazo?..... Si No
 ¿Pago independiente por receta médica?..... Si No
 ¿Facturas medicas vencidas?..... Si No
 ¿Otros gastos médicos previstos?..... Si No

Enumere el tipo y el costo de los gastos médicos de todos los miembros de la familia que prevé pagar en los próximos 12 meses:

Miembro del hogar Nombre	Tipo de gasto	Cantidad Mensual

**** Si usted o alguien de su familia es una persona con discapacidades, y requiere de una acomodación específica para que pueda utilizar plenamente nuestros programas y servicios, por favor póngase en contacto (o tenga una persona que le sirva como representante) con la Autoridad de Vivienda de Village of Greenport en:***

236 3rd Street
 Greenport, NY 11944
 Telefono: 631-477-2391 x 208 y Fax: 631-477-1877

Personas para contactar en caso de emergencia

Nombre	Relación	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo
Nombre	Relación	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo

Todos los Aplicantes: Por favor, lea la siguiente declaración de certificación y firme donde se le indica. Un miembro del personal de la Autoridad de Vivienda estará encantado de ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener

Declaración certificada: La información solicitada en este formulario se está recopilando en relación con los reglamentos de la Autoridad de Vivienda de Greenport autorizados por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos para determinar la elegibilidad inicial y continua del solicitante, el tamaño del apartamento y el monto de la contribución del inquilino. Se utilizará para proporcionar la base para la gestión del programa (s), para la protección del interés financiero del Gobierno de los Estados Unidos y de la Autoridad de Vivienda de Greenport y para verificar la exactitud de la información proporcionada. Se puede entregar a las agencias federales, estatales y locales apropiadas, cuando sea relevante para los investigadores o fiscales civiles, criminales o reguladores. La omisión de información puede dar lugar a un retraso, o rechazo de la aprobación de su elegibilidad, o a la determinación posterior de que su elegibilidad inicial era errónea. La autorización general para solicitar esta información se basa en la autoridad concedida por la Ley de la Vivienda de los Estados Unidos de 1937, en su versión modificada, 42 U.S.C. 1437 y siguientes, las Enmiendas al Desarrollo de la Vivienda y la Comunidad de 1981, P.L. 97-35. 85 y Estatuto 348.408

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código Federal de EE.UU. establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos y será multada con no más de 10.000 dólares o encarcelada por no más de cinco años o ambas cosas.

Declaración del/de los solicitante(s)/arrendatario(s):

Por la presente certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que debo notificarle por escrito, e inmediatamente, a la Autoridad de Vivienda de Greenport si:

- Hay cambios en los ingresos de ningún miembro de la familia.
- Hay Cambio de dirección
- Hay cambios en el hogar por nacimiento, adopción o sentencia judicial de custodia, o si algún miembro de la familia abandona la unidad.

Entiendo que no puedo permitir que alguien se mude a mi Vivienda sin la aprobación previa de la Autoridad de Vivienda de Village of Greenport. También entiendo que cualquier persona que intente obtener asistencia de Vivienda o reducción en la renta mediante declaraciones falsas, suplantación de identidad, o incumplimiento en revelar, o intencionalmente ocultar información, o cualquier acto de asistencia a tal intento es un crimen bajo la ley federal y estatal.

_____ Firma de cabeza de familia	_____ Fecha
_____ Firma de la Pareja, o de otro adulto	_____ Fecha
_____ Firma de otro adulto	_____ Fecha
_____ Firma de otro adulto	_____ Fecha

DIVULGACION DE INFORMACION SOBRE ANTECEDENTES PENALES

Fecha: _____

De acuerdo con las regulaciones del HUD, las Autoridades de Vivienda están obligadas a realizar verificaciones de antecedentes penales a todos los Solicitantes de Asistencia de Vivienda de la Sección 8.

Para determinar su elegibilidad para la Sección 8 Asistencia para la Vivienda, usted necesita firmar este formulario. Esta información se mantendrá únicamente en su expediente confidencial.

Yo/nosotros:

Cabeza de Familia	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Firma
Miembro del Hogar	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Firma
Miembro del Hogar	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Firma
Miembro del Hogar	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Firma
Miembro del Hogar	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Firma
Miembro del Hogar	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Firma
Miembro del Hogar	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Firma

doy/damos mi/nuestro permiso a la Autoridad de Vivienda de Greenport para verificar los antecedentes penales.

For Office Use Only:	Clear?	
Check #1 _____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Date Received: _____
Check #2 _____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Date Received: _____
Check #3 _____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Date Received: _____
Check #4 _____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Date Received: _____
Applicant/Participant notified of result? Date: _____		