
FALL RIVER HOUSING AUTHORITY

PROGRAMA DE VALES DE ELECCION DE VIVIENDAS

SOLICITUD PARA OCUPACIÓN CONTINUA

Fall River Housing Authority
P.O. Box 989
Fall River, Massachusetts 02722

Phone 508-675-3595
Fax 508-675-3435
TDD 508-675-3539



Fall River Housing Authority no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, orientación sexual, edad, estado familiar, estado de veterano, asistencia pública, información genética, identidad de género, discapacidad o cualquier otro clase protegida por ley estatal o local, en el acceso a sus programas de empleo, o en sus actividades, funciones o servicios.

SOLICITUD PARA OCUPACIÓN CONTINUA

JEFE DE FAMILIA

JEFE DE FAMILIA	APELLIDO	NOMBRE		IM
	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AÑO)		
	CONDICIÓN	<input type="checkbox"/> Mayor (62+)	<input type="checkbox"/> Discapacitado	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SSN XXX-XX-_____
	IDIOMA	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Otro: _____		

DIRECCIÓN DE UNIDAD

DIRECCIÓN	# UNIDAD	TELÉFONO (CASA)
CIUDAD	ESTADO	C.P.
TELÉFONO (CELULAR)		
CORREO ELECTRÓNICO		

MIEMBROS DE VIVIENDA

Para cada miembro de su vivienda, suministre toda la información personal y demográfica que se solicita a continuación:

MIEMBRO #1	APELLIDO	NOMBRE		IM
	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
	CONDICIÓN	<input type="checkbox"/> Mayor (62+)	<input type="checkbox"/> Discapacitado	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SSN XXX-XX-_____
	IDIOMA	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Otro: _____		
	TIPO DE MIEMBRO	<input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Adulto <input type="checkbox"/> Estudiante T/C <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Asistente residente		

MIEMBRO #2	APELLIDO	NOMBRE		IM
	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
	CONDICIÓN	<input type="checkbox"/> Mayor (62+)	<input type="checkbox"/> Discapacitado	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SSN XXX-XX-_____
	IDIOMA	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Otro: _____		
	TIPO DE MIEMBRO	<input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Adulto <input type="checkbox"/> Estudiante T/C <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Asistente residente		

MIEMBRO #3	APELLIDO	NOMBRE		IM
	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
	CONDICIÓN	<input type="checkbox"/> Mayor (62+)	<input type="checkbox"/> Discapacitado	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SSN XXX-XX-_____
	IDIOMA	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Otro: _____		
	TIPO DE MIEMBRO	<input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Adulto <input type="checkbox"/> Estudiante T/C <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Asistente residente		

MIEMBROS DE VIVIENDA (CONTINUACIÓN)

MIEMBRO #4

APELLIDO _____ NOMBRE _____ IM _____
 EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 STATUS Mayor (62+) Discapacitado ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SSN XXX-XX-_____
 IDIOMA Inglés Español Portugués Creole Otro: _____
 TIPO DE MIEMBRO Co-Jefe Cónyuge Otro Adulto Estudiante T/C Menor Hijo adoptivo Asistente residente

MIEMBRO #5

APELLIDO _____ NOMBRE _____ IM _____
 EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 STATUS Mayor (62+) Discapacitado ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SSN XXX-XX-_____
 LANGUAGE Inglés Español Portugués Creole Otro: _____
 TIPO DE MIEMBRO Co-Jefe Cónyuge Otro Adulto Estudiante T/C Menor Hijo adoptivo Asistente residente

MIEMBRO #6

APELLIDO _____ NOMBRE _____ IM _____
 EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 CONDICIÓN Mayor (62+) Discapacitado ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SSN XXX-XX-_____
 IDIOMA Inglés Español Portugués Creole Otro: _____
 TIPO DE MIEMBRO Co-Jefe Cónyuge Otro Adulto Estudiante T/C Menor Hijo adoptivo Asistente residente

CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

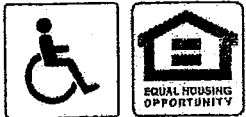
Desde su última recertificación anual, liste todos los miembros que se han agregado o sacado de su vivienda.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA VIVIENDA	AGREGADO o SACADO?	FECHA EFECTIVIDAD	MOTIVO AGREGADO/SACADO?
	<input type="checkbox"/> Agregado <input type="checkbox"/> Sacado		
	<input type="checkbox"/> Agregado <input type="checkbox"/> Sacado		
	<input type="checkbox"/> Agregado <input type="checkbox"/> Sacado		

INGRESOS POR CONCEPTO DE EMPLEO

Por cada miembro de su vivienda, indique la cantidad total de salario, pago por horas extra, comisiones, otros pagos, propinas y bonificaciones, y demás compensaciones por servicios personales. Si trabaja de manera independiente, utilice los ingresos netos de su negocio:

NOMBRE DE MIEMBRO DE VIVIENDA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE EMPLEADOR	GANANCIAS BRUTAS*	FRECUENCIA
		\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual



Fall River Housing Authority no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, orientación sexual, edad, estado familiar, estado de veterano, asistencia pública, información genética, identidad de género, discapacidad o cualquier otro clase protegida por ley estatal o local, en el acceso a sus programas de empleo, o en sus actividades, funciones o servicios.

		\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

*Ingresos totales antes de cualquier deducción de nómina

INGRESOS DE OTRAS FUENTES

Por cada miembro, incluya los ingresos de todas las fuentes que no son de salarios que se anticipan durante los siguientes 12 meses:

FUENTE DE INGRESO	MIEMBRO DE LA VIVIENDA						
	HEAD	#1	#2	#3	#4	#5	#6
TANF (BIENESTAR SOCIAL)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
SSI/SSDI	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
DESEMPLEO	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
MANUTENCIÓN INFANTIL	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
PENSIÓN	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
SEGURO SOCIAL	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ASISTENCIA GENERAL	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
MILITAR/VETERANO	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
OTRO (NO SALARIAL)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

BIENES

Liste todas las cuentas Corrientes y de ahorros que actualmente tenga cualquier miembro(s)* de su vivienda:

TIPO	NOMBRE DEL DUEÑO DE LA CUENTA	INSTITUCIÓN FINANCIERA	CUENTA	BALANCE
CORRIENTE 1				\$
CORRIENTE 2				\$
CORRIENTE 3				\$
AHORROS 1				\$
AHORROS 2				\$
AHORROS 3				\$

* Excluye asistentes residentes, niños adoptados o adultos adoptados

BIENES (CONTINUACIÓN)

Liste todos los bienes de inversión que actualmente tenga cualquier miembro(s)* de su vivienda:

BIEN	NOMBRE DEL DUEÑO DEL BIEN	INSTITUCIÓN FINANCIERA	INTERÉS	VALOR EN EFECTIVO
ANUALIDAD			%	\$
CERTIFICADO DE DEPÓSITO			%	\$
PENSIÓN DEL EMPLEADOR			%	\$
RETIRO/IRA			%	\$



Fall River Housing Authority no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, orientación sexual, edad, estado familiar, estado de veterano, asistencia pública, información genética, identidad de género, discapacidad o cualquier otro clase protegida por ley estatal o local, en el acceso a sus programas de empleo, o en sus actividades, funciones o servicios.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA			%	\$
ACCIONES, BONOS, FONDOS MUTUOS			%	\$
FIDEICOMISO			%	\$
OTRO: _____			%	\$

* Excluye asistentes residentes, niños adoptados o adultos adoptados

Liste cualquier propiedad inmueble que actualmente sea propiedad de cualquier miembro de su vivienda:

	DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, C.P.	INGRESOS RECIBIDOS	TASACION
PROPIEDAD 1		\$ _____ /mes	\$ _____
PROPIEDAD 2		\$ _____ /mes	\$ _____

*Excluye asistentes residentes, niños adoptados o adultos adoptados

Se ha desprendido de algún bien en los últimos 2 años por un valor inferior al del mercado? SI NO

Si responde sí, explique aquí: _____

GASTOS MÉDICOS

Liste todos los gastos médicos no cubiertos por el seguro médico que anticipa en los siguientes 12 meses:

GASTOS MÉDICOS	COSTO	GASTOS MÉDICOS	COSTO
<input type="checkbox"/> ACUPUNCTURA	\$	<input type="checkbox"/> PAGO DE SEGURO	\$
<input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN	\$	<input type="checkbox"/> COSTOS DE LABORATORIO	\$
<input type="checkbox"/> AMBULANCIA	\$	<input type="checkbox"/> ATENCIÓN PERSONAL/SERVICIOS DE ENFERMERÍA	\$
<input type="checkbox"/> BRAZO O PIERNA ARTIFICIAL/DIENTES POSTIZOS	\$	<input type="checkbox"/> MEDICINAS	\$
<input type="checkbox"/> VENDAS	\$	<input type="checkbox"/> RESIDENCIAL	\$
<input type="checkbox"/> LIBROS Y REVISTAS EN BRAILLE	\$	<input type="checkbox"/> OPERACIONES	\$
<input type="checkbox"/> OPERACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DE SENO	\$	<input type="checkbox"/> OSTEÓPATA	\$
<input type="checkbox"/> QUIROPRÁCTICO	\$	<input type="checkbox"/> OXÍGENO	\$
<input type="checkbox"/> PRACTICANTE DE CIENCIA CRISTIANA	\$	<input type="checkbox"/> EXAMEN FÍSICO	\$
<input type="checkbox"/> MULETAS	\$	<input type="checkbox"/> CUIDADO PSIQUIÁTRICO	\$
<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DENTAL	\$	<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN ESPECIAL	\$
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	\$	<input type="checkbox"/> PROGRAMAS PARA DEJAR DE FUMAR	\$
<input type="checkbox"/> PARA CUIDAR A DEPENDIENTE DISCAPACITADO	\$	<input type="checkbox"/> TRANSPLANTES	\$
<input type="checkbox"/> EXAMEN DE LA VISTA	\$	<input type="checkbox"/> PROGRAMA PARA PERDER PESO	\$
<input type="checkbox"/> LENTES /LENTES DE CONTACTO	\$	<input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS	\$
<input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN FAMILIAR	\$	<input type="checkbox"/> PELUCAS	\$
<input type="checkbox"/> PERRO GUÍA U OTROS ANIMALES DE SERVICIO	\$	<input type="checkbox"/> RADIOGRAFÍAS	\$
<input type="checkbox"/> AYUDAS AUDITIVAS	\$	<input type="checkbox"/> OTRO: _____	\$
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITAL	\$	SUBTOTAL	
SUBTOTAL	\$	GASTOS MÉDICOS TOTALES	\$

GASTOS DE ASISTENCIA CON DISCAPACIDAD

Liste todos los gastos de asistencia por discapacidad no reembolsados* que anticipa en los siguientes 12 meses:

SERVICIOS DE ATENCIÓN CON ASISTENTE	COSTO ANUAL	EQUIPO AUXILIAR	COSTO ANUAL
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN EN EL HOGAR	\$	<input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS	\$
<input type="checkbox"/> CUIDADO DIURNO DE ADULTOS	\$	<input type="checkbox"/> RAMPA	\$



Fall River Housing Authority no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, grupo nacional, ascendencia, orientación sexual, estado familiar, estado de veterano, asistencia pública, información genética, identidad de género, discapacidad o cualquier otra base protegida por ley estatal o local, en el acceso a sus programas de empleo, o en sus actividades, funciones o servicios.

<input type="checkbox"/> CUIDADO PERSONAL	\$
<input type="checkbox"/> ENFERMERÍA	\$
<input type="checkbox"/> DISPOSITIVOS DE LECTURA PARA DISCAPACITADOS VISUALES	\$
<input type="checkbox"/> INTÉRPRETES PARA DISCAPACITADOS AUDITIVOS	\$
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE ENCARGOS	\$
<input type="checkbox"/> LECTORES PARA DISCAPACITADOS VISUALES	\$
SUBTOTAL	\$

<input type="checkbox"/> ADAPTACIONES A VEHÍCULOS	\$
<input type="checkbox"/> SILLAS MOTORIZADAS	\$
<input type="checkbox"/> ANIMALES DE SERVICIO CERTIFICADOS PARA DISCAPACITADOS	\$
<input type="checkbox"/> TRABAJO DOMÉSTICO	\$
SUBTOTAL	\$

GASTOS TOTALES POR DISCAPACIDAD	\$
--	----

GASTOS DE CUIDADO INFANTIL

Complete los gastos de cuidado infantil* que anticipa pagar en los siguientes 12 meses para los niños de menos de 13 años.

NOMBRE DE NIÑO	COSTO/SEMANAL \$
NOMBRE PROVEEDOR	TELÉFONO
DIRECCIÓN DE PROVEEDOR	CIUDAD, ESTADO G.P.

*Los gastos por cuidado infantiles cuentan solamente como un subsidio de ingresos si son necesarios para permitir que el miembro de la vivienda pueda (a) trabajar y recibir compensación; (b) buscar activamente empleo; o (c) mejorar su educación o capacitación laboral.

CERTIFICACIÓN DEL INQUILINO

ADVERTENCIA: La información falsa o incorrecta en esta solicitud es motivo suficiente para terminar su asistencia con la vivienda y se sanciona conforme a las leyes estatales y federales.

_____	Fecha _____
Firma del Jefe de la Vivienda	
_____	Fecha _____
Firma del Cónyuge/Co-Jefe	
_____	Fecha _____
Firma del Cónyuge/Co-Jefe	
_____	Fecha _____
Firma del Cónyuge/Co-Jefe	

***** SOLO PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN: NO ESCRIBIR POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA *****

DECLARACIÓN OFICIAL DE LA FRHA

Certifico que la información proporcionada a la FRHA por la vivienda de _____ Sobre la composición de la vivienda, ingresos, bienes familiares netos, y permisos y deducciones ha sido verificada tal como lo exige la Ley federal; la familia calificó en el momento de la recertificación; y la familia ha certificado que le ha proporcionado a nuestra agencia una información correcta y completa.

_____	Fecha _____
Firma del Representante de la FRHA	



Fall River Housing Authority no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, orientación sexual, edad, estado familiar, estado de veterano, asistencia pública, información genética, identidad de género, discapacidad o cualquier otro clase protegida por ley estatal o local, en el acceso a sus programas de empleo, o en sus actividades, funciones o servicios.

Prácticas De Información Justa Ley Declaración De Derechos

La autoridad de Vivienda de Fall River recopila información sobre solicitantes y arrendatarios para sus programas de vivienda según lo exija la ley para determinar la elegibilidad, el monto de renta, y corregir tamaño del apartamento. La información recopilada se utiliza para manejar los programas de vivienda, para proteger el interés financiero del público y para verificar la exactitud de la información presentada. Cuando lo permita la ley, puede ser liberado a las agencias gubernamentales, otras Autoridades de Viviendas, y a investigadores civiles o criminales o Fiscales. De lo contrario, la información se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente por personal de la autoridad de vivienda en el curso de sus funciones.

La ley de prácticas justas de información establece los requisitos que gobiernan a las autoridades de viviendas en su uso y la divulgación de la información que recopila. Los solicitantes y los inquilinos pueden dar o retener su permiso cuando lo solicite una autoridad de vivienda para proporcionar información, sin embargo, el hecho de no permitir que la autoridad de vivienda obtener el información requerida puede resultar en el retraso, la inelegibilidad para los programas o la terminación de subsidio de tenencia o vivienda. La provisión de información falsa o incompleta es un delito punible con multas y/o encarcelamiento.

Como un/a inquilino(a), usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información recopilada sobre usted:

1. No se puede utilizar ninguna información para ningún propósito que no sea el descrito anteriormente sin su consentimiento.
2. Ninguna información puede ser revelada a ninguna persona que no sea descrito arriba sin su consentimiento.
3. Usted o su representante autorizado tienen derecho a inspeccionar y copiar cualquier información recopilada sobre usted.
4. Usted puede hacer preguntas y recibir respuestas de la autoridad de vivienda sobre cómo recopilará y usará su información.
5. Puede oponerse a la recopilación, mantenimiento, divulgación, uso, exactitud, integridad o tipo de información que la autoridad de vivienda tiene sobre usted. Si se opone, investigará su objeción y corregirá el problema o hacer su objeción parte del expediente. Si no está satisfecho, puede presentar una queja bajo el procedimiento de quejas de la autoridad de vivienda.

He leído y entendido esta Declaración de Derechos de la Ley de Prácticas de Información Justa y he recibido una copia para futura referencia.

Fecha: _____

Firma del solicitante

**Declaración FIPA (Fipar
IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA**

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.

Autorización para divulgar información/ Aviso sobre la Ley de Confidencialidad

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

Departamento de Vivienda
y Desarrollo Urbano de los EE.UU.
Oficina de Vivienda Pública y para
Comunidades Indígenas

Oficina de Vivienda Pública (PHA) que solicita la divulgación de información.
(Tache la casilla si no corresponde.)

(Escriba la dirección completa, el nombre del representante y la fecha.)

Fall River Housing Authority
85 Morgan Street
PO Box 989
Fall River, MA 02722

Oficina de Vivienda para Comunidades Indígenas (IHA) que
solicita la divulgación de información. (Tache la casilla si no
corresponde.) (Escriba la dirección completa, el nombre
del representante y la fecha.)

Autoridad: La Sección 904 de la Ley Stewart B. McKinney de Enmiendas a la Asistencia para las Personas sin Hogar de 1988, en su forma enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley General de Conciliación del Presupuesto de 1993. Esta ley se encuentra en la Sección 3544 del Título 42 del Código de los EE.UU.

Dicha ley exige que usted firme un formulario de consentimiento en virtud del cual autoriza (1) al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, en adelante HUD) y a la Oficina/Autoridad de Vivienda (Housing Agency/Authority, en adelante HA) para solicitar verificaciones de los sueldos y salarios devengados de empleadores actuales o anteriores; (2) al HUD y a la HA para solicitar información sobre reclamaciones de pago de salarios o indemnización por desempleo a la entidad estatal encargada de mantener dicha información; y (3) al HUD para solicitar cierta información sobre la declaración de renta a la Administración de Seguridad Social (Social Security) y al Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS). La ley exige además una verificación independiente de la información sobre ingresos. Por lo tanto, el HUD o la HA puede solicitar información a instituciones financieras para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

Finalidad: Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza al HUD y a la HA mencionada para solicitar información sobre sus ingresos a las fuentes citadas en el formulario. Ambos organismos necesitan esa información para verificar su ingreso familiar con el fin de cerciorarse de que usted reúne las condiciones para recibir beneficios de asistencia para conseguir vivienda y que esos beneficios se fijen en el monto correcto. Tanto el HUD como la HA pueden participar en programas electrónicos de concordancia con estas fuentes para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

Formas de empleo de la información obtenida: Se exige que el HUD proteja la información obtenida sobre ingresos, de conformidad con la Ley de Confidencialidad de 1974, Sección 552a del Título 5 del Código de los EE.UU. El HUD puede divulgar información (distinta de la correspondiente a declaraciones de renta) para ciertas clases de uso ordinario, por ejemplo, a otros organismos gubernamentales con fines de aplicación de la ley, a organismos del gobierno federal con fines de determinación de la idoneidad para el empleo, y a las HA con el objeto de determinar el monto de la asistencia para conseguir vivienda. También se exige que la HA proteja la información sobre ingresos que obtenga, de conformidad con cualquier ley estatal de confidencialidad aplicable al caso. Los empleados del HUD y de la HA pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso impropio de la información sobre ingresos obtenida con el formulario de consentimiento. **Los propietarios particulares no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

Quién debe firmar el formulario de consentimiento: Cada familiar residente en la propiedad mayor de 18 años debe firmar el formulario de consentimiento. Es preciso obtener la firma de nuevos adultos que ingresen a la residencia o de quienes cumplan 18 años.

Se exige que los solicitantes o receptores de asistencia con arreglo a los siguientes programas firmen este formulario de consentimiento:

Vivienda pública de alquiler de propiedad de una PHA.

Oportunidades de adquisición de vivienda propia para entrega llave en mano de tipo III (alquiler con opción de compra).

Oportunidad de adquisición de vivienda propia con un sistema de ayuda mutua.

Vivienda alquilada según las disposiciones de las Secciones 23 y 19(e).

Pagos de asistencia para vivienda según las disposiciones de la Sección 23.

Vivienda de propiedad de una HA para alquiler a comunidades indígenas.

Certificado de alquiler según las disposiciones de la Sección 8 de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937.

Cupón de alquiler según las disposiciones de la Sección 8.

Rehabilitación moderada según las disposiciones de la Sección 8.

Omisión de la firma del formulario de consentimiento: Si usted no firma el formulario de consentimiento se le puede revocar su idoneidad o se le pueden suspender los beneficios de vivienda, o ambas cosas. La revocación de la idoneidad o la suspensión de los beneficios está sujeta al procedimiento de presentación de quejas de la HA y de audiencia informal indicados en la Sección 8.

Fuentes de acopio de información:

Entidades estatales de acopio de información sobre salarios. (Este consentimiento se limita a la indemnización por concepto de salario y desempleo que se me ha pagado periódicamente en los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.) Administración de Seguridad Social de los EE.UU. (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita a la información sobre salario y empleo independiente y sobre el pago de ingreso de jubilación, citados en la Sección 6103(I)(7)(A) del Código del Servicio de Rentas Internas de los EE.UU.)

Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS) (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita al ingreso no laboral [por ejemplo, intereses y dividendos].)

También se puede obtener información directamente de: (a) los empleadores actuales y anteriores, sobre sueldos y salarios y (b) las instituciones financieras, sobre ingresos no laborales (por ejemplo, intereses y dividendos). Tengo entendido que la información sobre ingresos obtenida de estas fuentes se empleará para verificar la información proporcionada por mí, con el fin de determinar mi idoneidad para participar en los programas de asistencia para conseguir vivienda y el monto de los beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento solamente autoriza la divulgación de información directamente de los empleadores y las instituciones financieras por cualquier período de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.

Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que el HUD o la HA soliciten y obtengan información sobre mis ingresos de las fuentes citadas en este formulario con el fin de verificar mi idoneidad y el monto de los beneficios de conformidad con los programas de asistencia para vivienda del HUD. Tengo entendido que las HA que reciban información sobre mis ingresos por medio del presente formulario de consentimiento no pueden emplearla para denegar, reducir o suspender la asistencia sin efectuar primero una verificación independiente del monto correspondiente, si realmente tuve acceso a los fondos y cuándo se recibieron. Además, se me debe dar la oportunidad de refutar esas determinaciones.

Este formulario de consentimiento se vence 15 meses después de firmarlo.

Firmas:

_____	_____		
Jefe de familia	Fecha		
_____		_____	_____
No. del seguro social (si existe) del jefe de familia		Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Cónyuge	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otro familiar mayor de 18 años	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otro familiar mayor de 18 años	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado para acopiar esta información en virtud de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937 (Sección 1437 *et seq.* del Título 42 del Código de los EE.UU.), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Sección 2000d del Título 42 del Código de los EE.UU.) y la Ley de Vivienda Justa (Sección 3601-19 del Título 42 del Código de los EE.UU.). La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (Sección 3543 del Título 42 del Código de los EE.UU.) exige que los solicitantes y participantes presenten el número de seguro social de cada familiar mayor de seis años de edad. Finalidad: El HUD usa la información sobre sus ingresos y otra información acopiada para determinar su idoneidad, el tamaño apropiado de las habitaciones y el monto que pagará su familia por alquiler y servicios públicos. Otros usos: el HUD usa la información sobre su ingreso familiar y otra información acopiada para ayudar a administrar y supervisar los programas de vivienda realizados con asistencia de ese organismo, proteger el interés financiero del Gobierno o verificar la exactitud de la información proporcionada. Esta información puede divulgarse a entidades federales, estatales y locales idóneas, cuando proceda, y a investigadores y fiscales encargados de tramitar casos civiles y penales y asuntos normativos. De lo contrario, la información no se revelará ni divulgará fuera del HUD, excepto en los casos permitidos o exigidos por la ley. Sanción: Usted debe proporcionar toda la información solicitada por la HA, incluso el número de seguro social que tengan o usen usted y todos los demás familiares mayores de seis años de edad. Es obligatorio dar el número de seguro social de todos los familiares mayores de seis años de edad; su omisión afectará su idoneidad. La omisión de cualquier parte de la información solicitada puede hacer que se demore o deniegue la aprobación de su solicitud por razones de idoneidad.

Sanciones por el uso indebido del presente formulario de consentimiento:

El HUD, la HA y cualquier propietario (o empleado del HUD, la HA o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso indebido de la información acopiada con el presente formulario de consentimiento.

El uso de la información acopiada con el formulario HUD-9886 se limita a los fines citados en el mismo. Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, solicite, obtenga o revele información de manera fraudulenta sobre un solicitante o participante puede estar sujeta a acusación por delito menor y a imposición de una multa máxima de \$5.000.

Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede iniciar una acción civil por daños y perjuicios contra el oficial o funcionario del HUD, la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o del uso indebido, o buscar otra indemnización por parte de ellos, según proceda.

Este documento es traducción de un documento jurídico expedido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), el cual proporciona esta traducción solamente a modo de conveniencia para que le ayude a usted a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés es el documento oficial, legal y que rige. Esta traducción no constituye un documento oficial.

AUTORIDAD DE VIVIENDA DE FALL RIVER

P. O. Box 989

FALL RIVER, MASSACHUSETTS 02722

PRUEBA DOCUMENTAL 12-1: DECLARACIÓN DE OBLIGACIONES FAMILIARES

A continuación se muestra una lista de las obligaciones de una familia participante bajo el programa HCV:

- La familia debe suplir cualquier información que la Autoridad de Vivienda de Fall River (FRHA) o HUD considere necesario, incluyendo la presentación de la evidencia requerida de ciudadanía o estatus migratorio.
- La familia debe suministrar cualquier información solicitada por la FRHA o HUD para su uso en un reexamen periódico o reexamen interina de los ingresos y la composición de la familia.
- La familia debe revelar y verificar los números de seguro social y firmar y enviar los formularios de consentimiento para obtener información. Cualquier información proporcionada por la familia debe ser verdadera y completa.
- La familia es responsable de cualquier falta de cumplimiento de las normas de calidad de vivienda (HQS) por la familia causados por la falta de pago de utilidades o electrodomésticos proporcionados por el inquilino, o daños a la unidad de vivienda o local más allá del desgaste normal causado por cualquier miembro of el hogar o huésped.
- La familia debe permitir que la FRHA inspeccione la unidad en momentos razonables y después de notificación, tal como se describe en el capítulo 8 de este plan.
- La familia no debe cometer ninguna violación seria o repetida del contrato de arrendamiento.
- La familia debe notificar a la FRHA y al propietario antes de mudarse de la unidad o terminar el contrato de arrendamiento.
- La familia debe dar inmediatamente a la FRHA una copia de cualquier aviso de desalojo del propietario.
- La familia debe utilizar la unidad asistida para su residencia por la familia. La unidad debe ser la residencia de la familia.
- La composición de la familia asistida que reside en la unidad debe ser aprobada por la FRHA.
- La familia debe notificar de inmediato a la FRHA por escrito el nacimiento, adopción o adjudicación de custodia de un niño. La familia debe solicitar la aprobación de la FRHA para agregar cualquier otro miembro de la familia como ocupante de la unidad.
- La familia debe notificar de inmediato a la FRHA por escrito si algún miembro de la familia ya no vive en la unidad.
- Si la FRHA ha dado la aprobación, un niño adoptivo o un ayudante vivo puede residir en la unidad. El FRHA tiene la discreción de adoptar políticas razonables sobre la residencia de un niño adoptivo o un ayudante que viva en la unidad, y para definir cuando se puede dar o negar el consentimiento de la FRHA. Para las políticas relacionadas a la solicitud y aprobación/desaprobación de los niños de adopción temporal, adultos de régimen de acogimiento y ayudantes que viven en la unidad.

- La familia no debe subarrendar la unidad, asignar el contrato de arrendamiento o transferir la unidad.
- La familia debe suministrar cualquier información solicitada por la FRHA para verificar que la familia que viven en la unidad o información relacionada ausencia de la unidad.
- La familia debe notificar inmediatamente a la FRHA cuando la familia está ausente de la unidad.
- La familia debe pagar las facturas de servicios públicos y proporcionar y mantener los electrodomésticos que el propietario no está obligado a proporcionar bajo el contrato de arrendamiento.
- La familia no debe poseer o tener ningún interés en la unidad, (excepto en una cooperativa y propietarios de un hogar fabricado arrendando un espacio doméstico fabricado).
- Los miembros de la familia no deben cometer fraude, soborno o cualquier otro acto corrupto o criminal en conexión con el programa.
- Los miembros de la familia no deben participar en actividades criminales relacionadas con las drogas o actividades criminales violentas u otra actividad criminal que amenace la salud, la seguridad o el derecho al goce pacífico de los residentes y personas que residan en las inmediaciones del local.
- Los miembros de la familia no deben abusar del alcohol de una manera que amenace la salud, seguridad o el derecho al goce pacífico de los demás residentes y personas que residan en el inmediaciones de las instalaciones.
- Una familia asistida o un miembro de la familia no debe recibir asistencia del programa del HCV mientras recibe otro subsidio de vivienda, para la misma unidad o una unidad diferente bajo cualquier otro programa de asistencia de vivienda federal, estatal o local.
- Una familia no debe recibir asistencia del programa del HCV mientras reside en una unidad de propiedad del padre, hijo, abuelo, nieto, hermana o hermano de cualquier de la familia, a menos que la FRHA ha determinado (y ha notificado al propietario y a la familia de dicha determinación) que aprobar el alquiler de la unidad, a pesar de dicha relación, proporcionaría alojamiento razonable para un miembro de la familia de alguien que es un persona con discapacidades.

FIRMA DEL JEFE DEL HOGAR

FECHA

FIRMA DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR

FECHA

FIRMA DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR

FECHA

FIRMA DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR

FECHA

FALL RIVER HOUSING AUTHORITY

LEASED HOUSING DEPARTMENT

P.O. BOX 989

FALL RIVER, MA 02722

TELEPHONE (508) 675-3595

FAX (508) 675-3435

PERMISO PARA DAR/SOLICITAR INFORMACION
GENERAL

Yo, autorizo La Autoridad de Vivienda Departamento de Asistencia o cualquier otra persona/agente asociado con La Autoridad de Vivienda de Fall River, que obtenga completo acceso de todos o algunos archivos/documentos o otros materiales que La Autoridad de Vivienda tenga en posesión de acuerdo de mí o mi persona. También autorizo que obtengan copias de todos los materiales/documentos si son requeridos y envíe tal copias o documentos/materiales o archivos, etc., a La Vivienda de Autoridad de Fall River, Departamento De Asistencia de Vivienda. Finalmente, yo autorizo que se comuniqué verbalmente y o en escrito con La Autoridad de Vivienda de Fall River, Departamento de Asistencia o cualquier persona o agente asociado con la Autoridad de Vivienda de Fall River en cualquier o en todas maneras relative a mí o' mi persona. Por mi ejecución de este permiso para información general, Yo autorizo completamente que HUD, o La Autoridad de Vivienda de Fall River, o Departamento de Asistencia de Fall River, o cualquier persona o agente asociado con la Autoridad de Vivienda de Fall River en cualquier o en todas maneras relative a mí o' mi persona debido a mi información de ingreso con el propósito de verificar mi elijibilidad y levo de beneficios bajo la ley de Asistencia del programa de Autoridad de Vivienda de Fall River y de HUD y los programas de Vivienda de HUD.

Nombre en Letra de Molde

Firma

Fecha de hoy

Fecha de Nacimiento

Numero de Seguro Social