*Recertificacion*_____(office use only)

PAQUETE DE PARTICIPACION

Como aplicante/participante en el programa de Vales para la Elección de Vivienda (HCV, por sus siglas en inglés)/ SECTION 8, debe completar una recertificación para determinar su elegibilidad continua.

Hay cuatro (4) pasos que debe seguir:

i) **Complete el Cuestionario del Participante y los formularios requeridos en este paquete.**
ii) **Cada persona que aparece en la solicitud de su hogar que tiene 18 años o más (o tendrá 18 años antes de la fecha de vigencia del reexamen) debe firmar todos los formularios.**
iii) **Reúna los documentos que figuran en la Lista de verificación de documentación que pertenece a cualquier miembro de su familia.**
iv) **REGRESE TODOS LOS DOCUMENTOS A LA OFICINA DE YORK HOUSING AUTHORITY ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO.**

De acuerdo con el Plan Administrativo de YHA: Si no devuelve este paquete y proporciona toda la información requerida para esta fecha, YHA podría dar lugar a que YHA no proporcione un aviso por adelantado de un aumento de alquiler, que su cuota de alquiler se aplique retroactivamente (con usted siendo responsable de cualquier subsidio pagado en exceso) y/o la terminación del programa de Cupón de Opción de Vivienda.

Si tiene alguna pregunta **(717)-845-2601**

Si necesita asistencia especial con respecto a este aviso, York (YHA) al **(717)-845-2601** o (717) 846-9157 (TDD)

Estos documentos son importantes. Comuníquese con la Autoridad de Vivienda de York o con su Especialista de vivienda si necesita ayuda para completar o traducir esta solicitud para continuar con la elegibilidad.

Documentación femenino Documentos que debe completar y devolver

Formularios que deben completarse y devolverse	¿Quién debe completar y firmar?
Solicitud de participación continua Cuestionario	Cada miembro del hogar de 18 anos o mas
Autorización para la divulgación de información/Aviso de la Ley de Privacidad	
Autorización YHA para la divulgación de información	
Declaración de certificación	
Formulario de ciudadanía	Todos los nuevos miembros de la familia
Deudas con vivienda pública (HUD-52675) firmadas por cada miembro adulto. NOTA: Se proporciona 1 copia en este paquete. Se pueden solicitar copias adicionales de este formulario llamando al **(717)-845-2601**	Nuevos miembros adultos de la familia de 18 anos o mas.
Solicitud de Exención de Exención de Alquiler Escalonada Exención de Dificultades (solo si corresponde a su familia debido a gastos superiores a $6,000 al año)	*Jefe de La Firma*
Solicitud de exención del alquiler mínimo de $50 (si corresponde)	

Información que debe proporcionar a su Especialista de vivienda

- ❑ Dos (2) comprobantes de pago consecutivos para todos los ingresos de empleo
- ❑ Estado de cuenta actual de los ingresos del SS, SSI, SSDI y discapacidad estatal
- ❑ Estado(s) de cuenta actual(es) de beneficios por desempleo y/o indemnización por accidente laboral
- ❑ Carta de presupuesto actual de Asistencia social/TANF y SNAP/Cupones para alimentos (incluida la conformación del caso)
- ❑ Impresión actual de la agencia de 12 meses para manutención de menores y/o pension
- ❑ Estado de cuenta actual de cualquier contribución financiera regular recibida por cualquier miembro, incluyendo pero no limitado a los fondos para pagar facturas (debe estar firmado y fechado por la persona u organización que hace la contribución)
- ❑ Estado de cuenta actual de cualquier otro ingreso que no se indique arriba
- ❑ Si algún miembro del grupo familiar trabaja por cuenta propia (tiene su propio negocio), la última declaración de impuestos presentada (1099 y todos los anexos de impuestos) y el libro mayor más reciente
- ❑ Proporcio nar los de cuenta mas acuales y consecutivos de cheques y de ahora
- ❑ Si usted paga por el cuidado de dependientes para permitir que un adulto vaya al trabajo o a la escuela, una declaración actual que indique el proveedor de cuidados, cuánto le paga por el cuidado infantil y el (los) niño(s) que recibe(n) los cuidados
- ❑ Si algún miembro del grupo familiar es un estudiante a tiempo completo mayor de 18 años, la verificación de la condición de estudiante a tiempo completo (confirmación de registro actual)
- ❑ Suministrar declaraciones para activos de más de $5,000.00
- ❑ Certificado de matrimonio, si corresponde; Documentación de cambio de nombre, si procede
- ❑ Certificado de nacimiento y tarjetas de Seguro Social si se agregan miembros al grupo familiar
- ❑ Foto Id 18 y mas
- ❑ Solicitud de adaptación razonable, si corresponde

Documentos para que usted pueda conservar

- ❑ Una explicación del cálculo de su renta
- ❑ El camino hacia la autosuficiencia familiar
- ❑ Su derecho a solicitar una adaptación razonable
- ❑ Qué es la oportunidad de vivienda ampliada

Documentos que usted debe completar

Si usted o algún miembro de su familia está discapacitado, usted tiene el derecho de solicitar una adaptación razonable para modificar las reglas o prácticas del programa para permitir que su familia tenga una oportunidad igual de participar en el programa. Si tiene preguntas adicionales, puede comunicarse con t: **(717)-845-2601** *ext. o TTD* (717) 846-9157.

Cuestionario del PARTICIPANTE

Este formulario debe ser completado por el Jefe de familia. Utilice el nombre legal para cada miembro del grupo familiar. Todos los adultos del grupo familiar deben firmar este documento, certificando que la información suministrada es verdadera y actual.

Jefe de familia	*Apellido*		*Nombre*	*Inicial*
Dirección actual	Calle	Apt #	Ciudad/Estado	Código postal
Mailing Address	Calle	Apt #	Ciudad/Estado	Código postal
Números de contacto	Teléfono de la casa	teléfono celular		Teléfono alternativo
Dirección de correo		Idioma de comunicación preferido (círculo uno): Inglés Español otro:		

I. ***Haga una lista de TODAS las personas que actualmente viven con usted. NOTA: el uso de su dirección por alguien que no sea las personas que ha informado por escrito a la PHA podría resultar en una determinación por parte de la PHA de que una persona no autorizada reside en la unidad. La determinación podría resultar en la terminación de su asistencia de alquiler.***

	Nombre	Edad	Sexo	Relación con usted	¿Discapacidad? S / N	Si asiste a tiempo completo a la escuela, nombre de la escuela
1				***Jefe de familia***		
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

2. *¿Hay alguien en su hogar embarazada?* ***Sí o No*** *¿Cuál es la fecha de entrega prevista?*_____

Complete el reverso de este formulario si está agregando a alguien nuevo a su hogar que aún no ha sido aprobado o si necesita más espacios para miembros adicionales de la familia.

_____

Jefe de La Firma/Fecha de la Casa

_____

Otra firma/fecha de adulto

_____

Otra firma/fecha de adulto

_____

Otra firma/fecha de adulto

Complete este lado del formulario solo si está agregando a alguien nuevo a su hogar que aún no ha sido aprobado o si necesita más espacio para los miembros de la familia..

1. Miembro del grupo familiar							
Apellido			Nombre	Inicial	Sexo	Fecha de nacimiento	Parentesco
					M / F		
¿Discapacidad? S / N	¿Veterano? S / N	¿Ciudadano? S / N	¿Estudiante a tiempo completo? S / N	Hispano/ latino S / N	Raza	No. de Seguro Social	No. de reg. de extranjero
2. Miembro del grupo familiar							
Apellido			Nombre	Inicial	Sexo	Fecha de nacimiento	Parentesco
					M / F		
¿Discapacidad? S / N	¿Veterano? S / N	¿Ciudadano? S / N	¿Estudiante a tiempo completo? S / N	Hispano/ latino S / N	Raza	No. de Seguro Social	No. de reg. de extranjero
3. Miembro del grupo familiar							
Apellido			Nombre	Inicial	Sexo	Fecha de nacimiento	Parentesco
					M / F		
¿Discapacidad? S / N	¿Veterano? S / N	¿Ciudadano? S / N	¿Estudiante a tiempo completo? S / N	Hispano/ latino S / N	Raza	No. de Seguro Social	No. de reg. de extranjero
4. Miembro del grupo familiar							
Apellido			Nombre	Inicial	Sexo	Fecha de nacimiento	Parentesco
					M / F		
¿Discapacidad? S / N	¿Veterano? S / N	¿Ciudadano? S / N	¿Estudiante a tiempo completo? S / N	Hispano/ latino S / N	Raza	No. de Seguro Social	No. de reg. de extranjero
5. Miembro del grupo familiar							
Apellido			Nombre	Inicial	Sexo	Fecha de nacimiento	Parentesco
					M / F		
¿Discapacidad? S / N	¿Veterano? S / N	¿Ciudadano? S / N	¿Estudiante a tiempo completo? S / N	Hispano/ latino S / N	Raza	No. de Seguro Social	No. de reg. de extranjero
6. Miembro del grupo familiar							
Apellido			Nombre	Inicial	Sexo	Fecha de nacimiento	Parentesco
					M / F		
¿Discapacidad? S / N	¿Veterano? S / N	¿Ciudadano? S / N	¿Estudiante a tiempo completo? S / N	Hispano/ latino S / N	Raza	No. de Seguro Social	No. de reg. de extranjero

Indique cualquier información adicional a continuación:

II. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL GRUPO FAMILIAR

IMPORTANTE: Debe responder "SI" o "N0" a cada pregunta a continuación. Si no se responde a la pregunta, YHA concluirá que la respuesta es NO. Si se encuentra que la respuesta debería haber sido sí, usted puede perder su ayuda de vivienda. ¡Responde a las preguntas con cuidado!

SÍ	NO	Pregunta (Utilice una hoja de papel separada si se requiere más espacio – toda la información debe estar completa)	
SÍ☐	NO☐	**¿Algún miembro del grupo familiar ha usado un nombre o apellido(s) diferente(s)?**	
Si es afirmativo:		Nombre(s) actual(es):	
		Nombre(s) previo(s):	
SÍ☐	NO☐	**¿Algún miembro adulto del grupo familiar tiene hijos que se encuentran temporalmente fuera de su casa?**	
Si es afirmativo:		Nombre del hijo(s):	
SÍ☐	NO☐	**¿Tiene la custodia temporal o es padre/madre adoptivo(a) de algún miembro del grupo familiar menor de 17 años de edad?**	
Si es afirmativo:		Nombre de niño(s):	
SÍ☐	NO☐	**¿Certifica que un miembro adulto del grupo familiar aprobado tiene la custodia legal de todos los menores de 18 años de edad indicados en el grupo familiar?**	
SÍ☐	NO☐	**¿Certifica que todos los miembros del grupo familiar mencionados viven actualmente en la casa?**	
SÍ☐	NO☐	**¿Certifica que todas las personas que residen en la unidad están indicadas como miembros del grupo familiar?**	
SÍ☐	NO☐	**¿Algún miembro del grupo familiar está sujeto a un registro de delincuentes sexuales de por vida?**	
Si es afirmativo:		¿Quién?:	
		Estado:	
SÍ☐	NO☐	**¿Algún miembro del grupo familiar recibe algún tipo de subsidio de vivienda (excepto los HCVP conforme a la Sección 8)?**	
Si es afirmativo:		¿Quién?:	
		Tipo y cantidad:	
SÍ☐	NO☐	¿Usted o cualquier otro miembro de la familia solicitante ha sido arrestado o condenado alguna vez por un delito que no sea una infracción de tráfico?	
Si es afirmativo:		¿Quién?:	
		Naturaleza del incidente	

Certifico que mi grupo familiar paga los siguientes servicios públicos, los cuales actualmente incluyen:				
Calefacción ☐	Cocina ☐	Electricidad☐	Agua ☐	Alcantarillado☐

III. INFORMACIÓN DE INGRESOS:

Como parte del programa de Vales para la elección de vivienda (Housing Choice Voucher, HCV) conforme a la Sección 8, usted debe informar todos los ingresos recibidos por todos los miembros del grupo familiar. *Nota: YHA utiliza el sistema de Verificación de ingresos de la empresa (Enterprise Income Verification, EIV) del HUD y otro sistema electrónico que proporcionan información detallada sobre los ingresos para los miembros del grupo familiar. Si no informa todos los ingresos del grupo familiar, podría perder su vale. Se debe reportar todos los ingresos. Si necesita espacio adicional para completar esta sección, utilice la página 9*

***¿Con qué frecuencia?: semanal, quincenal, bimensual, mensual, anual**

¿Alguien en el grupo familiar recibe o espera recibir ingresos de los siguientes?

SÍ☐ NO☐ Salarios, sueldos, horas extras o propinas del empleo

Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del empleador	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?
1			
2			
3			
4			
5			

SÍ☐ NO☐ Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (incluyendo niñeras, peluquería, guardería, etc.)

Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del empleador	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?
1			
2			

SÍ☐ NO☐ Seguro social (incluidos los beneficios de sobrevivientes y SSDI)

Nombre del miembro del grupo familiar	Tipo de beneficio	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?
1			Mensual
2			Mensual
3			Mensual

SÍ☐ NO☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)

Nombre del miembro del grupo familiar	Tipo de beneficio	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?
1	SSI		Mensual
2	SSI		Mensual
3	SSI		Mensual

SÍ☐ NO☐ Rentas vitalicias, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones o beneficios por discapacidad/muerte

Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?

¿Alguien en el grupo familiar recibe o espera recibir ingresos de los siguientes?
***¿Con qué frecuencia?: semanal, quincenal, bimensual, mensual, anual**

SÍ☐	NO☐	**Beneficios de veteranos**		
Nombre del miembro del grupo familiar		Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del empleador	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?

SÍ☐	NO☐	**Beneficios por desempleo**		
Nombre del miembro del grupo familiar		Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del empleador	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?

SÍ☐	NO☐	**Indemnización por accidente laboral y/o indemnización por despido**		
Nombre del miembro del grupo familiar		Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del empleador	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?

SÍ☐	NO☐	**Pago de las Fuerzas Armadas**		
Nombre del miembro del grupo familiar		Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?

SÍ☐	NO☐	**Asistencia financiera a estudiantes que va más allá de matrícula - no incluye algún tipo de préstamo**		
Nombre del miembro del grupo familiar		Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?

SÍ☐	NO☐	**Contribuciones regulares o donaciones recibidas de organizaciones o personas que no residen en la unidad**		
Nombre del miembro del grupo familiar		Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?
1				
2				
3				

SÍ☐	NO☐	**Asistencia social (SNAP/Cupones para alimentos, TANF, SAGA, suplemento estatal)**		
Nombre del miembro del grupo familiar		Tipo de asistencia	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?
1				
2				
3				

SÍ☐	NO☐	**Pago de pensiones alimenticias**		
Nombre del miembro del grupo familiar		Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?

¿Alguien en el grupo familiar recibe o espera recibir ingresos de los siguientes? *¿Con qué frecuencia?: semanal, quincenal, bimensual, mensual, anual			
SÍ ☐ NO☐ Pagos de manutención infantil			
Nombre del miembro del grupo familiar que recibe el pago	Nombre del menor Y una orden de un tribunal y/o el nombre y dirección completa y el número de teléfono o correo electrónico del proveedor de manutención infantil	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?
1			
2			
SI☐ NO☐ Otros ingresos			
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del empleador	Ingresos antes de cualquier deducción	¿Frecuencia?
1			
2			

Utilice el siguiente espacio para indicar las fuentes de ingresos adicionales no mencionadas anteriormente.

_____

_____

_____

_____

IV. INFORMACIÓN SOBRE VIENES

Como parte del programa de Vales para la elección de vivienda, usted debe informar todos los activos de todos los miembros del grupo familiar, bien sean de propiedad absoluta o conjunta. Valor en efectivo: valor de mercado menos el costo de convertir el activo en efectivo, tales como honorarios del intermediarios, costos de liquidación, préstamos pendientes, penalidades por retiro anticipado, etc.

¿Alguien en el grupo familiar posee de manera individual o conjunta cualquiera de los siguientes?				
SÍ☐ NO☐ Cuenta de ahorros				
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del banco	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales
1				
2				
SÍ☐ NO☐ Cuenta de cheque				
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del banco	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales
1				
2				

¿Alguien en el grupo familiar posee de manera individual o conjunta cualquiera de los siguientes?					
SÍ☐	**NO☐**	**Cuenta del Mercado Monetario**			
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del banco	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales	
SÍ☐	**NO☐**	**Caja fuerte o propiedad personal/bienes personales mantenidos como inversiones (colecciones de monedas o piedras preciosas, bienes inmuebles, arte, autos antiguos, etc., pero no los elementos utilizados a diario)**			
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales	
SÍ☐	**NO☐**	**Bonos**			
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales	
SÍ☐	**NO☐**	**Cuenta 401(k)**			
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales	
SÍ☐	**NO☐**	**Cuenta IRA, certificado de depósito, cuenta Keogh, fondo fiduciario, inversión de capital**			
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales	
SÍ☐	**NO☐**	**Póliza de seguro de vida (que no sea un seguro de vida a término)**			
Nombre del miembro del grupo familiar	Nombre y dirección completa, número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales	
SÍ☐	**NO☐**	**¿Algún miembro del grupo familiar ha donado o vendido activos por menos del valor justo de mercado en los últimos dos (2) años, incluyendo dinero en efectivo, bienes inmuebles, etc.?**			
	Si es afirmativo:	¿Quién?:			
		Detalles:			

Total de activos de la familia

El valor total en efectivo de todos los activos de la familia mencionados anteriormente es de $ _____

V. GASTOS

Guardería Usted puede tener derecho a un subsidio para guardería o deducción de gastos por discapacidad en su determinación de ingresos si el gasto permite que un miembro adulto del grupo familiar trabaje o busque trabajo. ***¿Con qué frecuencia?: semanal, quincenal, bimensual, mensual, annual**

SI	NO	Preguntas sobre el cuidado de los niños			
SÍ ☐	NO ☐	**¿Tiene gastos de cuidado infantil para niños menores de 13 años para que un adulto de la familia pueda trabajar, ir a la escuela o asistir a la capacitación laboral?**			
Si es afirmativo:	Nombre del miembro del grupo familiar que puede trabajar	Nombre del niño	Costo:	¿Con qué frecuencia?	
	Nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico del proveedor de guardería				
SÍ ☐	NO ☐	**¿Tiene algún gasto en nombre de un miembro del hogar con discapacidades para que un adulto de la familia pueda trabajar?**			
Si es afirmativo:	Nombre del miembro del grupo familiar que puede trabajar	Nombre del miembro del hogar	Costo:	¿Con qué frecuencia?	
	Nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico del proveedor de guardería				

SOLO PARA ANCIANOS/DISCAPACITADOS: GASTOS MÉDICOS

Complete la siguiente sección solo si el jefe de familia, co-jefe de familia, cónyuge o pareja de hecho está discapacitado(a) o tiene más de 62 años. SI ES NO, pase a la sección **VI. DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN**

SÍ	NO	Preguntas sobre gastos médicos					
☐	☐	**¿Recibe Medicare y/u otros beneficios médicos?**					
☐	☐	**¿Tiene una aportación "Spend-Down" de Medicaid?**	Si es afirmativo:	Importe:			
☐	☐	**¿Usted paga por algún seguro médico?**	Si es afirmativo:	Importe:		¿Frecuencia?	
☐	☐	**¿Paga a facturas médicas pendientes? *No incluya información sobre condiciones médicas*.**					
Si es afirmativo:	Importe de pago:		¿Frecuencia?		Total de pagos pendientes:		
☐	☐	**¿Paga algún medicamento con receta de manera regular? *No incluya nombres/tipos de medicamentos.***					
Si es afirmativo:	Costo:		¿Frecuencia?				
☐	☐	**¿Tiene algún otro gasto médico?**					
Si es afirmativo:	Tipo:		Importe:		¿Frecuencia?		

Indique los gastos específicos:

_____

_____

Formularios de Verificación

1- Declaración de certificación

2-Autorización para la Realización de Información / Aviso de Ley de Privacidad

3-Autorización de la Autoridad de Vivienda de York (YHA) para la divulgación de información

4-Solicitud- Exención del alquiler mínimo de $ 50.00

5-FSS / formulario de interés de propiedad de vivienda

6-Formulario de verificación de depósito de Wells Fargo (solo se aplica si un miembro del hogar tiene una cuenta con Wells Fargo)

7-Formulario de autorización de autorización de farmacia (solo se aplica si el jefe / co-jefe / esposo /miembro del hogar tiene 62 años o más /o está discapacitado

8-Suplemento a la aplicación (HUD-92006)

VI. Proporcionar información verdadera y completa
Yo/nosotros certifico que toda la información proporcionada sobre la composición del grupo familiar, los vienes, los activos del grupo familiar y las partidas de deducciones y asignaciones, es precisa y completa a mi entendimiento.

Reportar los cambios en los ingresos o en la composición del grupo familiar
Entiendo que debo informar cualquier cambio en el tamaño del grupo familiar, cuando una persona se muda o se va de la unidad. También debo informar cualquier disminución en los ingresos familiares o beneficios, o aumentos en fuentes no salariales.

Recertificación / Inspección
Entiendo que no proporcionar toda la información requerida para la fecha en que YHA solicita que podría resultar en YHA no proporcionar aviso por adelantado de un aumento de alquiler y o terminación del programa de Cupón de Opción de Vivienda. También entiendo que mi asistencia puede ser terminado si no doy permiso que el inspector tenga acceso a mi apartamento en dos (2) o más ocasión.

Sin asistencia o residencia duplicada
Certifico que la vivienda o apartamento será mi residencia principal y que no voy a obtener asistencia federal de vivienda por duplicado mientras me encuentre en este programa. No voy a vivir en otro lugar sin notificar a la oficina de administración inmediatamente por escrito. No voy a subarrendar mi residencia asistida.

Cooperación
Sé que debo cooperar en el suministro de toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad, nivel de beneficios, o verificar mis circunstancias verdaderas. La cooperación incluye asistir a las reuniones programadas con anterioridad y completar y firmar los formularios requeridos. Entiendo que no hacerlo o negarme a hacerlo podría resultar en retrasos, terminación de la asistencia o desalojo.

Acciones penales y administrativas por suministrar información falsa
Entiendo que suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o inexacta, es punible en virtud de las leyes penales federales o estatales. Entiendo que suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o inexacta, constituye un causal de terminación de la asistencia de vivienda, terminación de la tenencia o denegación de la asistencia. Yo/nosotros también entiendo/entendemos que se nos puede requerir que reembolsemos la asistencia de vivienda sobre los pagos realizados al arrendador en nuestro nombre.

Firma del jefe de familia	Fecha
Firma del cónyuge (Co-jefe de familia)	Fecha
Otro adulto	Fecha
Otro adulto	Fecha
Otro adulto	Fecha

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos dispone que es un delito penal realizar declaraciones falsas o erróneas a cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos con respecto a

Autorización para la divulgación de información/Notificación de la Ley de Privacidad

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

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

NÚMERO DE CONTROL OMB: 2501-0014
exp. 07/31/2017

PHA que solicita la divulgación de información; **(Tachar el espacio si es ninguna)** (Dirección completa, nombre de la persona de contacto y fecha)	PHA que solicita la divulgación de información: **(Tachar el espacio si es ninguna)** (Dirección completa, nombre de la persona de contacto y fecha)
York Housing Authority 31 South Broad Street York, PA 17403	

Autoridad: La Sección 904 de la Ley de Enmienda de Asistencia a las Personas sin Hogar Stewart B. McKinney de 1988, enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1993. Esta ley se encuentra en 42 U.S.C. 3544.

Esta ley requiere que usted firme un formulario de consentimiento para autorizar: (1) al HUD y la Agencia/Autoridad de Vivienda (HA) para solicitar la verificación de sueldos y salarios de los empleadores actuales o anteriores; (2) al HUD y la HA para solicitar información sobre reclamaciones de indemnización por desempleo y salarios a la agencia estatal responsable de mantener esa información; (3) al HUD para solicitar cierta información de declaración de impuestos a la Administración del Seguro Social de los EE.UU. y el Servicio de Impuestos Internos de los EE. UU. La ley también requiere la verificación independiente de la información de los ingresos. Por lo tanto, el HUD o la HA podrán solicitar información a las instituciones financieras para verificar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

Indicaciones: Al firmar este formulario de consentimiento, está autorizando al HUD y la HA indicada para solicitar información de ingresos de las fuentes indicadas en el formulario. El HUD y la HA necesitan esta información para verificar el ingreso de su grupo familiar, a fin de asegurarse de que usted es elegible para recibir los beneficios de vivienda asistida y que esos beneficios se establecen en el nivel correcto. El HUD y la HA podrán participar en programas informáticos de verificación con estas fuentes para verificar su elegibilidad y nivel de beneficios.

Usos de la información que se obtiene: El HUD está obligado a proteger la información de ingresos obtenida de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C. 552a. El HUD puede divulgar la información (excepto la información de declaración de impuestos) para determinados usos de rutina, como a otros organismos gubernamentales para fines de aplicación de la ley, a las agencias Federales para propósitos de idoneidad del empleo y a las HA, con el propósito de determinar la asistencia de vivienda. La HA también está obligada a proteger la información de ingresos que obtenga de acuerdo con cualquier ley de privacidad estatal aplicable. Los empleados del HUD y la HA pueden estar sujetos a sanciones por la divulgación no autorizada o usos indebidos de la información de ingresos que se obtiene con base en el formulario de consentimiento. **Los propietarios privados no podrán solicitar o recibir información autorizada por este formulario.**

Quién debe firmar el formulario de consentimiento: Cada miembro de su grupo familiar que tenga 18 años de edad o más debe firmar el formulario de consentimiento. Se deben obtener firmas adicionales de los nuevos miembros adultos que se unan al grupo familiar o cuando los miembros del grupo familiar lleguen a tener 18 años de edad.

Las personas que soliciten o reciban asistencia en virtud de los siguientes programas deben firmar este formulario de consentimiento:

- Vivienda pública en alquiler de PHA
- Oportunidades de propiedad de vivienda III integral
- Oportunidad de propiedad de vivienda con ayuda mutua
- Vivienda arrendada en virtud de la Sección 23 y 19(c)
- Pagos de asistencia para vivienda conforme a la Sección 23
- Vivienda indígena en alquiler propiedad de HA
- Certificado de alquiler conforme a la Sección 8
- Vale de alquiler conforme a la Sección 8
- Rehabilitación moderada conforme a la Sección 8

Falta de firma del formulario de consentimiento: Su falta de firmar el formulario de consentimiento puede resultar en la denegación de la elegibilidad o la terminación de los beneficios de vivienda asistida, o ambos. La denegación de elegibilidad o terminación de beneficios está sujeta a los procedimientos de queja de la HA y los procedimientos de audiencia informal de la Sección 8.

Fuentes de la información que se obtiene

Agencias Estatales de Recolección de Información sobre Salarios. (Este consentimiento está limitado a los salarios y la compensación por desempleo que he recibido durante el(los) período(s) dentro de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de vivienda asistida).

Administración del Seguro Social de los Estados Unidos (solo el HUD) (Este consentimiento se limita a la información sobre el salario y el empleo por cuenta propia y a los pagos de ingresos de jubilación tal como se hace referencia en la sección 6103(l)(7)(A) del Código de Impuestos Internos).

Servicio de Impuestos Internos (solo HUD) (este consentimiento está limitado a los ingresos no ganados [es decir, intereses y dividendos]).

La información también puede ser obtenida directamente de: (a) los empleadores actuales y antiguos en cuanto a sueldos y salarios y (b) las instituciones financieras sobre ingresos no ganados (es decir, intereses y dividendos). Entiendo que la información de ingresos obtenida de estas fuentes se utilizará para verificar la información que proporcione para determinar la elegibilidad para programas de vivienda asistida y el nivel de beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento sólo autoriza la divulgación directa de los

Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que el HUD o la HA soliciten y obtengan información de ingresos de las fuentes indicadas en este formulario con la finalidad de verificar mi elegibilidad y el nivel de beneficios de los programas de vivienda asistida del HUD. Entiendo que las HA que reciban la información de ingresos conforme a este formulario de consentimiento, no pueden usarla para negar, reducir o terminar la asistencia sin primero verificar de forma independiente cuál era la cantidad, si realmente tenía acceso a los fondos y cuándo se recibieron los fondos. Además, se me debe dar la oportunidad de impugnar esas determinaciones.

Este formulario de consentimiento caduca 39 meses después de ser firmado.

Firmas:

Jefe de familia	Fecha		
Número del Seguro Social (si lo tiene) del jefe de familia		Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha
Cónyuge	Fecha	Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha
Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha	Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha
Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha	Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha

Notificación de la Ley sobre Privacidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) está autorizado a recolectar esta información en virtud de la Ley de Vivienda de los EE. UU. de 1937 (42 U.S.C. 1437 y siguientes), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d) y la Ley de Vivienda Justa (42 U.S.C., 3601-19). La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (42 U.S.C. 3543) exige que los solicitantes y participantes presenten el número de Seguro Social de cada miembro del grupo familiar mayor de seis años de edad. Indicaciones: Sus ingresos y otra información están siendo recopilados por el HUD para determinar su elegibilidad, el tamaño adecuado de los dormitorios y la cantidad que su familia pagará por la renta y los servicios públicos. Otros usos: El HUD utiliza su ingreso familiar y otra información para ayudar en la gestión y la supervisión de los programas de viviendas asistidas del HUD, para proteger los intereses financieros del Gobierno y para verificar la exactitud de la información que usted proporciona. Esta información puede ser divulgada a las agencias federales, estatales y locales apropiadas, cuando sea relevante, y a los investigadores o fiscales civiles, criminales o de regulación. Sin embargo, la información no será divulgada ni distribuida fuera del HUD, excepto lo permitido o requerido por la ley. Penalidad: Debe proporcionar toda la información solicitada por la HA, incluyendo todos los números del Seguro Social que usted y todos los miembros del grupo familiar mayores de seis años de edad tengan y utilicen. Dar los números del Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar mayores de seis años de edad es obligatorio, y no proporcionar los números del Seguro Social afectará su elegibilidad. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede resultar en un retraso o rechazo de su aprobación de elegibilidad.

El HUD, la HA y cualquier propietario (o cualquier empleado del HUD, la HA o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información recolectada con base en el formulario de consentimiento.

El uso de la información recopilada con base en el formulario HUD 9885 está restringido a los fines citados en dicho formulario. Toda persona que a sabiendas o intencionalmente solicite, obtenga o divulgue cualquier información bajo falsas promesas relativas a un solicitante o participante podrá estar cometiendo un delito menor y pueda quedar sujeta a una sanción de no más de $5,000.

Cualquier solicitante o participante afectado por negligencia en la divulgación de información puede presentar una acción civil por daños y perjuicios, y buscar otro desagravio, según proceda, contra el funcionario o empleado del HUD, la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o inapropiada

Sanciones por mal uso de este consentimiento:

Housing Authority of the City of York (YHA)
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

***Propósito**:* La York Autoridad de Vivienda el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. pueden utilizar esta autorización y la información obtenida, para administrar y hacer cumplir las normas y reglamentos que rigen a sus programas de vivienda.

***Autorización**:* Autorizo la divulgación de cualquier información (incluyendo documentación y otros materiales) pertinente a la elegibilidad o participación bajo cualquiera de los siguientes programas: Vivienda Pública de Alquiler de Bajos Ingresos: y cualquier Sección 8 Programas de Pago de Asistencia de Vivienda administrados por York Housing Authority (YHA) (incluyendo el programa de cupones basados en proyectos).

Autorizo a las agencias indicadas para obtener información acerca de mi persona o mi familia, la cual es pertinente para la elegibilidad o la participación en programas de vivienda asistida.

***Información cubierta**:* Se pueden realizar consultas acerca de los siguientes: Gastos de cuidado infantil, historial de crédito, antecedentes penales, composición de la familia, empleo, ingresos, pensiones, activos, beneficios locales, estatales o federales, gastos de asistencia para discapacitados, identidad y estado civil, gastos médicos, números del Seguro Social, residencias e historial de viviendas.

Individuos, organizaciones o agencias que pueden divulgar información: A cualquier persona, organización u agencia, incluida cualquier agencia gubernamental, se les puede solicitar que divulguen información. Por ejemplo, la información puede solicitarse de: Bancos y otras instituciones financieras; Empleadores, actuales y anteriores; Arrendadores; Proveedores de: pensión alimenticia, cuidado de niños, manutención infantil, crédito, asistencia para discapacitados, atención médica y pensiones/rentas vitalicias; escuelas y universidades, refugios, Administración del Seguro Social de los EE. UU., Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU., agencias de desempleo, empresas de servicios públicos y agencias de bienestar social.

Aviso y consentimiento sobre programas informáticos de verificación: Estoy de acuerdo en que las mencionadas agencias pueden realizar verificaciones con informáticos con otras agencias gubernamentales, incluyendo: Agencias locales, estatales o federales. Las agencias gubernamentales incluyen: Oficina de Gestión de Personal de los EE. UU., la Administración del Seguro Social de los EE. UU., el Departamento de Defensa de los EE. UU., el Servicio Postal de los EE. UU., las Agencias Estatales de Seguridad en el Empleo, las Agencias de bienestar social y de cupones de alimentos. La combinación se utilizará para verificar la información suministrada por la familia.

Condiciones: Estoy de acuerdo en que se pueden utilizar las fotocopias de esta autorización para los fines indicados arriba. Si no firmo esta autorización, también entiendo que mi asistencia de vivienda puede ser denegada o terminada. Entiendo que esta autorización es válida durante 39 meses desde la fecha de su firma.

Nombre del jefe de familia	Firma	Fecha
Nombre de otro adulto	Firma	Fecha
Nombre de otro adulto	Firma	Fecha

La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos dispone que es un delito penal hacer declaraciones falsas o tergiversar deliberadamente a cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de su jurisdicción y ha establecido una sanción de hasta $100,000 y/o encarcelamiento que no se excede de 5 años.

Exencion del alquier minimo de $50.00

Para hogares que actualmente pagan el alquiler mínimo de $ 50.00

Si una familia no puede pagar el alquiler mínimo debido a una dificultad financiera, la familia puede ser elegible para una exención temporal o a largo plazo del pago del alquiler mínimo si cumplen al menos uno de los criterios siguientes:

- La familia ha perdido la elegibilidad o está esperando una determinación de elegibilidad para un programs de asistencia federal, estatal o local. Se considerará que existe una dificultad económica solo si la pérdida de elegibilidad tiene un impacto en la capacidad de la familia para pagar el alquiler mínimo. Para una familia que espera una eliminación de la elegibilidad, el período de dificultad terminará el primer día del mes. (1) implementación de assistancia, si se aprueba; o (2) la decisión de negar la asistencia. Una familia a la que se le niega la solicitud de asistencia puede solicitar una exención por dificultades con base en una de las otras circunstancias de dificultad permitidas.
    - Para hacer un reclamo bajo esta exención por dificultades, la familia debe proporcionar a YHA un comprobante de la solicitud de asistencia o la terminación de la asistencia. La agencia responsable de otorgar la asistencia o cancelar la asistencia proporcionará la prueba.
- La familia sería desalojada porque no puede pagar el alquiler mínimo. Para que una familia califique bajo esta disposición, la causa del posible desalojo debe ser la falta de alquiler de la familia o de los servicios públicos pagados por el participante. La familia debe poder documentar la imposibilidad de pagar el alquiler mínimo en el momento de la solicitud.
    - Los ingresos familiares han disminuido debido a cambios en las circunstancias familiares, incluida la pérdida del empleo. Para presentar una reclamación bajo este criterio, la pérdida del empleo no debe ser el resultado del empleo. requisitos del participante. La circunstancia de cambio como se define en esta sección incluye, pero no se limita a: Reducción de horas de trabajo, tarifa de pago y / o fuerza laboral
- Si ha ocurrido una muerte en la familia. Para calificar bajo esta disposición, una familia debe describir cómo la muerte ha creado una dificultad financiera (debido a gastos relacionados con la funera o la pérdida de ingresos del miembro de la familia). El familiar fallecido debe ser un miembro incoherente del hogar, lo que contribuye al 30% de los ingresos utilizados para calcular el alquiler del participante.

YHA define dificultad temporal como una dificultad que se espera que dure 90 días consecutivos o menos. La dificultad a largo plazo se define como una dificultad que se espera dure más de 90 días consecutivos. El período de dificultad termina cuando se da alguna de las siguientes circunstancias.

- En una reexención provisional o anual, el TTP calculado de la familia es mayor que el alquiler mínimo.
- Para condiciones de dificultad económica basadas en la pérdida de ingresos, la condición de dificultad económica continuará reconociéndose hasta que se reciba una nueva fuente de ingresos que sea al menos igual a la cantidad perdida.
- Para condiciones de dificultad basadas en gastos relacionados con dificultades, la exención de alquiler mínimo seguirá siendo reconocida hasta que la cantidad de mumulatice exenta sea igual al gasto incurrido.

Para hacer un reclamo bajo estas disposiciones, el solicitante o participante debe presentar una solicitud, por escrito, a la oficina de YHA. El solicitante / participante debe proporcionar documentación para respaldar la solicitud de una exención por dificultades. YHA revisará la solicitud y determinará si la familia es elegible para las dificultades. **Si desea solicitar la exención del alquiler mínimo, indique el motivo y envíe con la documentación que respalde la solicitud:**

Firma:_____ Fecha:_____

Autoridad de Vivienda de York
Formulario De Interés/Referencia Del Programa De Auto-Suficiencia Para Familias y Programa de Vales para Dueños de Hogares de Sección 8

Nombre:_____

Dirección: _____

_____

Número de Seguro Social: _____

Teléfono: _____

Esta es para verificar que la información del Programa de Auto-Suficiencia de Familias y del Programa de Vales para Dueños de Hogares de Sección 8 fue compartida conmigo durante mi Entrevista Inicial o incluida con mi paquete anual del re-examinación:

Por favor marque su opción(es) abajo:

_____ Estoy interesado(a) en el Programa de Auto suficiencia. Quisiera que la persona encargada del programa de auto-suficiencia se comunique conmigo para una cita.

_____ Estoy en el Programa de Vales de Sección 8 y estoy interesado(a) en aprender más sobre el Programa de Vales para Dueños de Hogares de Sección 8. Quisiera que la persona encargada del caso de la propiedad casera se comunique conmigo para una cita.

_____ No estoy interesado(a) en el Programa de Auto Suficiencia en este momento. Aunque no estoy interesado(a) en estos momentos, entiendo que en cualquier momento puedo cambiar de opinión y puedo llamar a la Autoridad de Vivienda para hacer una cita para hablar sobre el programa de auto- suficiencia.

_____ _____

Firma del Inquilino Fecha

_____ _____

Representante de Vivienda Pública Fecha

Otros Comentarios/Información:

_____

_____

_____

29565

Verification of Deposit

Housing Assistance Agencies

WELLS FARGO

For faster processing, please complete the form on your computer before printing.

This form is for housing assistance agencies requesting consumer deposit information. Please complete the form including the customer authorization signature and fax to the number noted below. Your completed request will be faxed to the return fax number provided on this form.

TYPE or complete in BLACK INK. Use only CAPITAL LETTERS

Fax Request To Balance Confirmation Services.....1-844-879-0412

Online Instructions.....www.wellsfargo.com/vod

SECTION 1: REQUESTER INFORMATION

Company Name

Attention

Street Address

City

State

Zip

Requester Email (optional)

Requester Phone Number

Return Fax Number

SECTION 2: CUSTOMER INFORMATION

Customer One Full Name (First Middle Last)

Customer Two Full Name (First Middle Last)

Customer One Social Security Number

Account Number(s)

CUSTOMER AUTHORIZATION

I/We authorize and direct Wells Fargo Bank to release the following information to the above mentioned requestor on my deposit accounts listed above or if only a Social Security Number is provided, all open depository accounts: Account Number, Account Type, Open or Closed, Account Holder(s), Current/Closing Balance, Open/Close Date, Current Interest Rate, Previous Six Average Statement Balances and Previous Six Months Interest Paid. In addition, CDs and IRAs will include: Term, Maturity Date, Interest Payment, Interest Method and Penalty.

Signature of Account Holder **Date** **Signature of Account Holder** **Date**

HOUSING AUTHORITY
OF THE CITY OF YORK

31 South Broad Street | York, PA 17403
(717) 845-2601 | Fax (717) 845-9251 | TDD (717) 846-9157 | YorkHousingAuthority.com

Autorización a la Farmacia

Yo autorizo a _____ (Nombre de la Farmacia) a revelar información que mantenga concerniente al costo de my tratamiento médico por los pasados 12 meses anteriores a la fecha en que reciba esta solicitud. La información puede ser revelada solamente a la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de York para propósitos de establecer mi elegibilidad para la participación en su programa de vivienda.

Entiendo que existe la posibilidad de que la información revelada de acuerdo con esta autorización esté sujeta a ser revelada por el recipiente y deje de estar protegida.

Esta información expirará seis meses a partir de la fecha de mi firma, según se indica a continuación.

Yo entiendo que existe la posibilidad de que la farmacia no revele la información según solicitada arriba, sin mi firma en esta Autorización, y que el hecho de que yo firme o me niegue a hacerlo no afectará mi habilidad de recibir tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud de la farmacia arriba indicada.

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Paciente _____, Poder legal _____,

Padre o Guardián _____, Tribunal Designado_____

Firma: _____

Nombre en Letra de Molde _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social _____

Fecha: _____

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

N.º de control de OMB 2502-0581
Exp. (07/31/2012)

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)

- ☐ Emergencia
- ☐ No es posible comunicarse con usted
- ☐ Rescisión de la asistencia de alquiler
- ☐ Desalojo de la unidad
- ☐ Pago atrasado de la renta
- ☐ Ayuda con el proceso de recertificación
- ☐ Cambio en los términos del arrendamiento
- ☐ Cambio en las reglas de la casa
- ☐ Otro: _____

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. Respalda 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.