

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL ALQUILER DEL PROYECTO DE LA SECCIÓN 811

Contacto del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios del Estado de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés):

Bill Cranor

Bill.cranor@tdhca.state.tx.us

512-936-7804

Instrucciones para completar la solicitud

Agente de referencia: por favor, asista al aspirante para que complete la información a continuación. Incluya la información de todas las personas que planean vivir en la Sección 811 hasta que se indique lo contrario.

INFORMACIÓN DEL AGENTE DE REFERENCIA

Información de contacto del agente de referencia.

Nombre del agente de referencia: _____

Agencia: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO DEL ASPIRANTE PARA REVELAR INFORMACIÓN

Como Aspirante al Programa de Asistencia al Alquiler del Proyecto de la Sección 811, autorizo al Agente de Referencia antes mencionado a compartir la siguiente información con el contacto del TDHCA y al contacto del TDHCA antes mencionado a compartir la siguiente información con los propietarios seleccionados bajo las Opciones de Propiedades: toda la información utilizada para determinar los ingresos, activos, asignaciones, deducciones, la elegibilidad para el programa y la composición familiar, incluyendo, a modo ilustrativo, la verificación del ingreso a través de los resúmenes de cuentas bancarias y las cartas de asignación de la Administración de Seguridad Social; toda información personal como los certificados de nacimiento, los números de Seguridad Social; y la información sobre la elegibilidad, incluyendo discapacidad, antecedentes penales y antecedentes como inquilino. Al firmar el presente formulario, autorizo la divulgación de la información solicitada.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE

Nombre del jefe de familia: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

DETALLE TODOS LOS MIEMBROS QUE VIVIRÁN EN EL HOGAR

¿Vivirá con ustedes en esta unidad un asistente que no es miembro de la familia?

Seleccione una opción: Sí No

¿Se espera que el tamaño de la familia aumente, por ejemplo, por un embarazo, un niño bajo cuidado de un tercero, etc.?

Seleccione una opción: Sí No

Miembros del hogar (Detalle al jefe de familia primero)	FECHA DE NAC.	GÉNERO	Nº. DE SEGURIDAD SOCIAL	RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA	SITUACIÓN ESPECIAL	¿DISCAPACITADO?
1.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No revelado		Jefe	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Custodia compartida	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No revelado			<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Custodia compartida	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No revelado			<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Custodia compartida	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No revelado			<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Custodia compartida	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No revelado			<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Custodia compartida	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO



MIEMBRO DEL HOGAR	LISTA DE TODOS LOS ESTADOS EN QUE HAYA RESIDIDO EL MIEMBRO DEL HOGAR
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

INGRESO FAMILIAR TOTAL DETALLE DE TODOS LOS INGRESOS GANADOS O RECIBIDOS POR TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR.

MIEMBRO DEL HOGAR	EMPLEADOR	SALARIO SEMANAL TOTAL	TANF	MANUTENCIÓN INFANTIL MENSUAL	BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL	¿TIENE DERECHO A DOBLE PRESTACIÓN?	BENEFICIOS POR DESEMPLEO	OTROS INGRESOS
1.						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
2.						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
3.						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
4.						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

¿ES USTED O UN MIEMBRO DEL HOGAR UN TRABAJADOR INDEPENDIENTE? SÍ NO

¿Ha vivido usted o algún miembro del hogar en una vivienda subsidiada? SÍ NO
En caso afirmativo, detalle cuándo y dónde _____

¿Le debe usted o algún miembro de su familia dinero a la Autoridad de Vivienda Pública? SÍ NO
En caso afirmativo, por favor explique: _____

Vivienda anterior. Seleccione la opción que mejor describa las condiciones físicas de la vivienda desde la cual la familia se muda:

- Precaria Sin vivienda o pronto a quedarse sin vivienda Estándar Vivienda pública convencional
 Sin residencia nocturna fija Huyendo o intentando huir de la violencia
 Desplazado debido a:
 Acción gubernamental Desastre natural Acción privada

ACTIVOS: POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

MIEMBRO DEL HOGAR	AHORROS	BIENES INMUEBLES	SEGURO DE VIDA	ACCIONES Y BONOS	CUENTA IRA/KEOGH	MERCADO MONETARIO	BIENES MUEBLES
1.	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$
2.	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$
3.	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$
4.	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$

¿Fue cualquier miembro del hogar 62 años o más como de 31 de enero de 2010, que no tiene un SSN, y cuya determinación de elegibilidad inicial era antes de 31 de enero de 2010? Sí No

En caso afirmativo, quién y dónde?: _____

POBLACIÓN DESTINATARIA

Para ser elegible, al menos un miembro de la familia aspirante debe calificar como una de las tres poblaciones destinatarias. Complete la lista de verificación a continuación para determinar si el aspirante califica.

Nombre del miembro de la familia: _____

Instrucciones: marque un casillero en la Columna A y luego marque los casilleros en la Columna B correspondiente para describir las calificaciones del miembro de la familia. Nota: si otro miembro de la familia también es miembro de una de las poblaciones destinatarias, complete una nueva lista de verificación para dicho miembro.



Columna A	Columna B
<input type="checkbox"/> Personas con discapacidades que salen de un Centro de Atención Intermedia para Personas con una Discapacidad Intelectual o un Padecimiento Relacionado (ICF/IID, por su sigla en inglés) o un centro de asistencia	<p>El aspirante debe ser elegible para uno de los siguientes subsidios. Marque todas las que correspondan pero al menos una:</p> <input type="checkbox"/> Servicios STAR+PLUS <input type="checkbox"/> Servicios del Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS) <input type="checkbox"/> Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS) <input type="checkbox"/> Servicios del Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL) <input type="checkbox"/> Servicios para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD) <input type="checkbox"/> Servicios del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP)
<input type="checkbox"/> Personas con enfermedades mentales graves.	<p>Los aspirantes deben cumplir con los dos requisitos a continuación. Marque ambos casilleros para confirmar que el aspirante satisface estos requisitos.</p> <input type="checkbox"/> El aspirante es elegible para los Servicios del Plan Estatal de Medicaid proporcionado a través del Departamento Estatal de Salud (DSHS). Estos servicios incluyen la rehabilitación psicológica y la gestión de casos específicos. <input type="checkbox"/> El aspirante es elegible para recibir servicios de Medicaid relacionados con discapacidades (por ejemplo, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) al momento de la ocupación por primera vez.
<input type="checkbox"/> Joven que sale del régimen de cuidado sustituto	<p>El aspirante es elegible para recibir servicios de atención médica a través de Medicaid de Texas en virtud de lo siguiente (marque un casillero):</p> <input type="checkbox"/> Se encuentra bajo tutela del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS); o <input type="checkbox"/> Es un joven de entre 18 y 21 años que estuvo bajo tutela del DFPS y recibe beneficios de Medicaid para Jóvenes en Transición del Sistema de Cuidado Sustituto (MTFCY, por su sigla en inglés, ahora denominado Ex Programa para Niños del Sistema de Cuidado Sustituto). Con solo unas pocas excepciones, todos los niños y jóvenes bajo tutela de DFDS y aquellos que son elegibles para beneficios MTFCY reciben su asistencia médica a través del programa gestionado por STAR Health, un sistema de asistencia médica integral que se ofrece en todo el estado. <p>El aspirante también debe cumplir con el requisito a continuación. Marque el casillero para confirmar que lo satisface.</p> <input type="checkbox"/> El aspirante es elegible para recibir servicios de Medicaid relacionados con discapacidades (por ejemplo, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) al momento de la ocupación por primera vez.
_____ Firma del profesional adecuado	_____ Cargo
_____ Fecha	

NECESIDADES DE VIVIENDA

Necesidades de accesibilidad

Un miembro de la familia necesita una unidad que (seleccione todas las que correspondan):

- No tenga escaleras
- Tenga una rampa
- Tenga acceso a la unidad para adaptarse a una silla de ruedas
- Tenga acceso para personas con discapacidad visual
- Tenga acceso para personas con discapacidad auditiva
- Otra. Por favor, especifique: _____

¹ La familia del aspirante son todas las personas que vivirán en el hogar con la excepción de cualquier asistente pago.



ANTECEDENTES PENALES

¿Usted o algún miembro de la familia ha sido desalojado en los últimos tres años de una vivienda con asistencia federal por actividades criminales relacionadas con las drogas? SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿dicho miembro ha completado con éxito un programa de rehabilitación aprobado y supervisado? SÍ NO

En caso de ser afirmativa, detalle cuándo y dónde _____

En caso de ser afirmativa, ¿ya no existen las circunstancias que llevaron al desalojo? SÍ NO

En caso de ser afirmativa, por favor explique: _____

¿Usted o algún miembro se encuentra actualmente vinculado al uso ilegal de drogas o a un patrón de uso ilegal de drogas que pueda interferir con la salud, la seguridad y el derecho al goce pacífico de la propiedad por parte de otros residentes? SÍ NO

¿Están usted o algún miembro sujeto a los requisitos del registro del Estado como delincuente sexual? SÍ NO

¿Usted o algún miembro se encuentra actualmente vinculado a un patrón de abuso de alcohol que pueda interferir con la salud, la seguridad y el derecho al goce pacífico de la propiedad por parte de otros residentes? SÍ NO

DECLARACIÓN DE SERVICIOS VOLUNTARIOS

Al firmar y presentar este formulario, el residente comprende que la recepción de los servicios es voluntaria y no se requiere para la residencia en una unidad de la Sección 811.

Opciones de propiedad

Marque las ubicaciones (1) en las que el aspirante está interesado, (2) es probable que sea elegible, y (3) que contarán con los servicios de apoyo que necesita esta familia en particular.

- | | | | |
|--|--------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> La Madrid | Austin | <input type="checkbox"/> Trails at the Park | Austin |
| <input type="checkbox"/> Villas at Boston Heights | Benbrook | <input type="checkbox"/> Sundance Meadows | Brownsville |
| <input type="checkbox"/> Vista Monterrey | Brownsville | <input type="checkbox"/> Lexington Manor | Corpus Christi |
| <input type="checkbox"/> Prairie Commons | Dallas | <input type="checkbox"/> Desert Villas | El Paso |
| <input type="checkbox"/> Spanish Creek Townhomes | El Paso | <input type="checkbox"/> Columbia at Renaissance Sq | Fort Worth |
| <input type="checkbox"/> Provision at Four Corners | Four Corners | <input type="checkbox"/> Plum Creek Townhomes | Houston |
| <input type="checkbox"/> Cayetano Villas | La Vernia | <input type="checkbox"/> Reserve at Engle Road | New Braunfels |
| <input type="checkbox"/> Artisan at Judson Park | San Antonio | <input type="checkbox"/> Vista Pointe at Wild Pine | San Antonio |
| <input type="checkbox"/> Mission Palms | San Elizario | <input type="checkbox"/> Presidio Palm I | San Elizario |
| <input type="checkbox"/> Presidio Palm II | San Elizario | <input type="checkbox"/> Mid-Towne Apartments | Tomball |

Tamaño de la unidad (seleccione todas las que correspondan):

- 1 dormitorio 2 dormitorios 3 dormitorios Otro: _____

ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE SI BRINDA CONSCIENTE E INTENCIONALMENTE UNA DECLARACIÓN FALSA O FRAUDULENTO A CUALQUIER DEPARTAMENTO DEL GOBIERNO DE ESTADOS UNIDOS. EL DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO (HUD), ASÍ COMO CUALQUIER EMPLEADO DEL HUD O UN PROPIETARIO, PODRÁN ESTAR SUJETOS A SANCIONES POR LA DIVULGACIÓN O EL USO INDEBIDO DE LA INFORMACIÓN RECABADA A TRAVÉS DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO. EL USO DE LA INFORMACIÓN RECABADA A TRAVÉS DEL PRESENTE FORMULARIO DE VERIFICACIÓN ESTÁ LIMITADO A LOS PROPÓSITOS ANTES MENCIONADOS. CUALQUIER PERSONA QUE CONSCIENTE E INTENCIONALMENTE, A TRAVÉS DE ENGAÑOS, SOLICITE, OBTenga O DIVULGUE INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON UN ASPIRANTE O PARTICIPANTE PODRÁ ESTAR SUJETO A UN DELITO MENOR Y SANCIONADO CON UNA MULTA DE HASTA \$5000 DÓLARES. CUALQUIER ASPIRANTE O PARTICIPANTE AFECTADO POR LA DIVULGACIÓN NEGLIGENTE DE INFORMACIÓN PODRÁ INTERPONER UNA ACCIÓN CIVIL POR LOS DAÑOS OCASIONADOS Y BUSCAR OTRA COMPENSACIÓN, SEGÚN PUEDA SER APROPIADA, EN CONTRA DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO DEL HUD O EL PROPIETARIO RESPONSABLE POR LA DIVULGACIÓN NO AUTORIZADA O EL USO INDEBIDO DE DICHA INFORMACIÓN. LAS DISPOSICIONES SOBRE LAS SANCIONES POR EL USO INDEBIDO DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL SE ENCUENTRAN EN EL ARTÍCULO 208 (A) (6), (7) Y (8) DE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL. LA VIOLACIÓN DE ESTAS DISPOSICIONES SE CONSIDERAN VIOLACIONES AL CÓDIGO DE ESTADOS UNIDOS 42 U.S.C. 408 (A) (6), (7) Y (8).

- Comprendo que la unidad que solicito será mi única residencia.
 Acepto pagar la renta requerida por el programa bajo el cual recibiré la asistencia.
 He recibido una copia del Folleto de Derechos y Responsabilidades del Residente.
 He recibido una copia de la ficha informativa del HUD "Cómo se determina su renta".
 He recibido una copia del Folleto EIV & You.

Por medio de la presente, declaro bajo juramento que toda la información sobre mí antes mencionada es correcta

Firma del jefe de familia

Fecha

