



Under 1 Roof Programa de Asistencia para Vivienda

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

Nueva Solicitud

Número de Seguro Social del Cliente: _____

INFORMACION DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCION TEMPORAL: _____

CIUDAD/CONDADO/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____ AÑO ESCOLAR MAS ALTO: _____

TELEFONO DE CONTACTO: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SITUACION DE VIVIENDA RECIENTE:

- Sin hogar viviendo en las calles
- Sin hogar viviendo en refugio de emergencia
- Vivienda transitoria
- Centro psiquiátrico
- Centro para el tratamiento del abuso de sustancias
- Hospital u otro centro medico

ETNICIDAD: Hispano(a)
 No Hispano(a)

RAZA: Blanco
 Afroamericano
 Asiático
 Indio Americano/Nativo de Alaska
 Hawaiano nativo/Otro isleño del Pacífico

ESTADO MATRIMONIAL:

- Nunca Casado(a) Separado(a)
- Casado(a)

Afroamericano & Blanco
 Asiático & Blanco
 Indio Americano & Blanco

____ Divorciado(a)

____ Indio Americano & Afroamericano

____ Viudo(a)

____ Otro multirracial

¿Ciudadano estadounidense? ____ Si ____ No

¿Veterano? ____ Si ____ No Si es así, que división militar? _____

¿Embarazada? ____ Si ____ No Fecha de parto: _____

INFORMACION DEL HOGAR: Anote todas las otras personas que viven con usted (anote la Cabeza del Hogar primero). Si alguna persona viviendo con usted no es miembro de su familia y solo es un compañero de cuarto o un asistente de vivienda por favor indique esto en la línea de relación a usted. (tenga en cuenta que esta designación no se puede cambiar en el futuro.)

	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Relación a Usted	Fecha de Nacimiento	SEXO	Número de Seguro Social	RAZA	Año Escolar Mas Alto
1	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Tiene hijos que no viven con usted? ____ Si ____ No

Si es así, por favor anótelos:

	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Relación a Usted	Fecha de Nacimiento	SEXO	Número de Seguro Social	RAZA	Año Escolar Mas Alto
1	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(SI NECESITA MAS ESPACIO, UTILIZE UN ARCHIVO ADJUNTO)

Familia se refiere a personas relacionados con usted, e incluye a personas viviendo con usted quien son determinadas importantes para su cuidado y bien estar.

MIEMBROS DE LA FAMILIA	SALARIO	BENEFICIOS/ PENSIONES	ASISTENCIA PUBLICA	OTROS INGRESOS	INGRESOS DE BIENES
YO					

Dependientes:

¿Están sus dependientes en cuidado infantil? ___Si ___No N/A

¿Recibe manutención de hijos? ___Si ___No Cantidad? _____

¿Paga usted manutención de hijos? ___Si ___No Cantidad? _____

¿Tienen sus hijos algún problema físico, emocional, o de desarrollo que es preocupante? ___Si ___No

Si es así, por favor explique:

Empleo/Financiero:

¿Está usted trabajando en este momento? ___Si ___No

¿Si es así, donde y cuánto tiempo a trabajado ahí? _____
 ___Tiempo completo? ___Medio tiempo?

Cuántas veces a cambiado trabajos en el último año? _____

¿Si no está trabajando, cual es la razón?

¿Cuáles son sus ingresos mensuales? _____

¿Tiene cuenta de cheques o ahorros, acciones, bonos, etc.? ___Si ___No

Nombre de banco o institución financiera _____

Por favor anote cualquiera tarjeta de crédito, tiempo de pago, u otras deudas que usted u otros miembros de su hogar tengan. (Nombre y Cantidad:

¿Como ha estado cumpliendo con sus obligaciones financieras?

¿Ha usted o alguien más en su hogar solicitado beneficios de SSI o de Seguro Social y se le a negado?

Si No Fecha de la solicitud más reciente _____

Información Legal:

¿Está usted actualmente en libertad condicional? Si No Si es así, proporcione el nombre de su agente de libertad condicional:

Nombre de agente de libertad condicional: _____ Numero de contacto:

(Obtener si es posible: Hoja Informativa de Libertad Condicional o Certificado de Libertad Condicional.)

¿Ha usted o algún miembro de su familia mayor de 15 años sido condenado por un delito criminal? Si
 No

¿Cuándo? _____ Donde? _____

Salud Física:

¿Tiene gastos médicos no cubiertos por aseguranza? Si No

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar limitaciones a causa de su salud, edad, u otras condiciones físicas? (Por favor especifique):

¿Usted o algún miembro de su hogar requiere acomodaciones de vivienda especial?) i.e., primer piso, línea de autobús, rampa, pasamanos, etc.)

Nota: *Usted puede ahora o en cualquier momento durante su tenencia solicitar acomodaciones razonables para una discapacidad de un miembro de su hogar a la medida necesaria para que todos los miembros de la familia puedan cumplir con los requisitos del arrendamiento u otros requisitos de la tenencia.*

Vivienda:

Por favor anote previas fechas/años de falta de vivienda:

¿Ha vivido en viviendas subvencionadas por el gobierno federal antes? Si No

¿Donde? _____

¿Está recibiendo asistencia de cualquier otra agencia de servicios sociales? Si No. Si es así, por favor anótelas abajo:

Agencia:

Servicio:

Administradora de Caso:

Teléfono:

Salud Mental:

- A. CENTRO(S) DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL: _____
- B. DIAGNOSTICO: _____
- C. MEDICAMENTO: _____
- D. ACTUAL (O HISTORIAL DE) IDEACIONES/INTENTOS SUICIDALES: ___ Si ___ No

Transportación Primaria:

___ Vehículo Propio ___ Amigo(a) ___ Familiar ___ Caminar ___ DART ___ Para tránsito ___ Ninguno

Otro: _____

¿Usted maneja? ___ Si ___ No

Numero de licencia de carro _____ Marca/modelo/año de carro

Otro:

¿Tiene mascotas? ___ Si ___ No Tipo y numero: _____

¿Es usted o algún miembro del hogar 18 años o mayor actualmente un estudiante o está asistiendo un programa de entrenamiento laboral? ___ Si ___ No

Por favor anote:

¿Tiene algún certificado vocacional? ___ Si ___ No

¿Si es así, cual(es) certificado(s) tiene? _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Yo, el solicitante, reconozco el recibo de los siguientes documentos, cuales son proveídos a mí en conexión con mi solicitud de asistencia:

Folleto de HUD—Vivienda Justa - https://www.hud.gov/sites/documents/FHEO_BOOKLET_ENG.PDF

Folleto de EPA—Sobre el plomo en su hogar - https://www.epa.gov/sites/production/files/2014-02/documents/lead_in_your_home_brochure_land_b_w_508_easy_print_0.pdf

Yo también reconozco que eh recibido una copia de los siguientes documentos firmados por mi:

- Derechos y Responsabilidades del Cliente (incluye procedimientos de queja)
- Declaración de confidencialidad/autorización para divulgar información

CERTIFICACION DEL SOLICITANTE:

YO, EL SOLICITANTE, CERTIFICO Y RECONOSCO QUE:

- La información, proporcionado en esta Solicitud y Hojas de Trabajo (cuales son parte de esta solicitud) y utilizada para determinar mi elegibilidad y cantidad para asistencia, es cierta y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Esta información es sujeta a verificación, y falsificación de esta información puede ser motivo de terminación del programa y resultar en enjuiciamiento bajo la ley federal y estatal.
- Yo soy responsable de notificar a mi Administradora de Caso por escrito inmediatamente (dentro de 15 días) si hay un cambio en los ingresos de mi familia o miembros del hogar durante el año y para actualizar esta información durante la recertificación anual.
- Ni yo ni ningún miembro de la familia está recibiendo asistencia bajo ninguna otra parte de este programa o bajo ningún otro programa de asistencia de vivienda pública, incluyendo pero no limitado a, Sección 8, HOME, u otra vivienda de asistencia pública.
- Asistencia bajo este programa puede no se pagada a mí ni a ningún miembro de mi familia, incluso si ese miembro de la familia es mi arrendador/acreedor hipotecario y no reside conmigo.
- Asistencia bajo este programa depende de la continuación de la financiación de subvenciones para el programa

FIRMA DEL SOLICITANTE/CABEZA DEL HOGAR

FECHA

FIRMA DEL CONYUGE

FECHA

PARA SER COMPLETADO POR LA ADMINISTRADORA DE CASOS:

ELEGIBILIDAD:

SOLICITANTE **ES** ____ o **NO ES** ____ ELEGIBLE PARA ASISTENCIA. (Si el Solicitante no es elegible para asistencia, proporcione una copia de NOTIFICACION DE INELEGIBILIDAD.)

____ ASISTENCIA APROBADA PARA COMENZAR ____/____/____ (FECHA)

____ SOLICITANTE ES ELIGIBLE, PERO ASISTENCIA NO ES DISPONIBLE ACTUALMENTE.
SOLICITANTE ASIGNADO A LA LISTA DE ESPERA A PARTIR DE ____/____/____
(FECHA)

FIRMA DE ADMINISTRADOR DE CASO

FECHA