



Housing Authority of the City of National City
Housing Choice Voucher Program

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE VIVIENDA

NOMBRE: _____

FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

DIRECCIÓN DE ENVIO (SI ES DIFFERENTE):

Marque la asistencia de renta por la cual Usted esta aplicando:

Sección 8 basado en Asistencia de renta para inquilinos regulares

Sección 8 Proyecto Basado en Asistencia de renta (para persona de la 3ra edad solo en Kimball Tower)

Enliste las personas que viviran con Ud. Si llegara a recibir la Asistencia del Programa de la Seccion 8. Use nombres legales solamente, escriba "N/A" si la informacion no se aplica o "No Lo Se" se desconoce la respuesta. Por favor de escribir en **letra de molde**. Nota: si su aplicacion es entregada incompleta o incorrecta, esto prolongara de su aplicacion.

NOMBRE LEGAL	RELACION CON EL JEFE FAMILIA	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE DE ESCUELA O OCUPACION
1.	USTED MISMO					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

(Es necesario adjuntar hoja de papel adicional para sus miembros de la familia)

Hay alguna persona que vive con Usted. ¿Que no este incluida en la lista anterior? Si No Si es si, explique por que esta persona no va estar viviendo con Usted si llegara a recibir la asistencia del programa de Seccion 8. _____

LISTA DE TODOS LOS INGRESOS MENSUALES PARA TODAS LAS PERSONAS EN LA LISTA ANTERIOR:

	Cantidad	Quien Recibe
Seguro Social	\$ _____	_____
SSI (Ingreso Suplemental)	\$ _____	_____
CALWORKS	\$ _____	_____
CALFRESH	\$ _____	_____
Empleo (pago sin deducciones)	\$ _____	_____
Otro Empleo	\$ _____	_____
Pago de Retiro	\$ _____	_____
Pago por Desempleo	\$ _____	_____
Pago de Becas Escolares	\$ _____	_____
Pago por Discapacidad	\$ _____	_____
Otro Ingreso	\$ _____	_____

NOTA: La siguiente informacion se requiere para completar con los requisitos de igualdad de oportunidad y para asegurar que no exista tipo de discriminacion. Su respuesta no afectara (en ninguna manera positiva o negativo) a su participacion.

El jefe de familia es: (marque uno solamente)

- Blanco Negro/Africano Americano Indio American/Nativo de Alaska
 Asiatico Nativo Hawaiano/Otra isla del Pacifico

Pertenencia Etnica: Hispano / Latino o No Hispano / No Latino

¿Ud. Se identifica con las siguientes preferencia(s)? (marque los que aplican)

- Jefe o conyuge, o el cónyuge sobreviviente en el hogar, es Veterano de los E.U. (que no sea deshonoroso su salida del servicio)
- Jefe o conyuge en el hogar, 'vive o trabaja' en National City (no incluye Lincoln Acres)
- Jefe o conyuge en el hogar, es 3^{ra} edad (62 años o mas)
- Jefe o conyuge en el hogar, es discapacitado
- Familia con niños dependiente(s) _____
- Familia deslojados por el gobierno local o por una acción de la Cd. De National City

IMPORTANTE: Si usted no habla Ingles, por favor de indicar su idioma aqui: _____

AVISO:

Título 18, sección 1001 del código de los Estados Unidos afirma que una persona que sabienas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito.

Sección 214 de la vivienda y la ley de desarrollo de la comunidad de 1980, según enmendada, prohíbe HUD disponibilidad de asistencia financier a las personas que no sean ciudadanos de Estados Unidos, nacionales o determinadas categorías de no ciudadanos elegibles en la sección 8 del HUD programa de asistencia de pago de la vivienda. Cada solicitante deberá presentar documentacion sobre se estado de ciudadanía.

YO/NOSOTROS CERTIFICAMOS QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA, A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, Y QUE YO SE INFORMAREMOS DE CUALQUIER CAMBIO OCURRIERA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN FALSA O DECLARACIONES FALSAS SON PUNIBLES BAJO LA LEY FEDERAL Y SON MOTIVOS DE DENEGACIÓN DE ASISTENCIA PARA VIVIENDA.

Firma (cabeza de casa)

Firma (Co-Cabeza / Otro adulto)

Fecha: _____

Fecha: _____