

Para autoridades de alojamiento uso solo. Candidatos no deberían escribir en esta sección.

Fecha/Tiempo: \_\_\_\_\_ Tamaño de unidad: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrevista: \_\_\_\_\_

Ayuda especial requerida por esta aplicación: \_\_\_\_\_

**TDD/TTY 1-800-735-2989**

## APLICACIÓN PRELIMINAR DEL PROGRAMA DE VIVIENDAS PÚBLICA

**Traiga esta forma completa**, en tinta con su propia mano escrita. Use el nombre legal de cada persona quien residirá en el apartamento, así como aparece en la tarjeta del Seguro Social. Todas las personas mayores de 18 años deberán firmar esta aplicación y certificando que la información perteneciente a ellos es correcta. **NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO**. Si alguna de las secciones o preguntas no aplican a usted solo escriba **N/A** en el espacio.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular# \_\_\_\_\_ TEL de su trabajo # \_\_\_\_\_

Domicilio Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Domicilio Físico: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Proporcione un nombre de contacto alternativo: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### COMPOSICION DE LA CASA (liste a todas las personas de la casa)

*\* Los solicitantes no están requeridos a revelar su deshabilitad. Sin embargo, la deducción a los ingresos de la familia para lo cual personas con la incapacidad se permite, no podrán hacer lo a menos que el solicitante revele su deshabilitad.*

Adultos (18 en adelante)		Seguro Social #	Relación con el jefe(a) de familia	Sexo	Raza/Etnia	Fecha de Nacimiento	Edad	Deshabilidad o(a) Si/No	Estudiante(a) Si/No
Apellido	Nombre(s)								
			Jefe(a)						

Menores (18 o menos)		Seguro Social #	Relación con el jefe(a) de familia	Sexo	Raza/Etnia	Fecha de Nacimiento	Edad	Deshabilidad o(a) Si/No	Nombre/Dirección del Padre/Madre Ausente (si aplicable)
Apellido	Nombre(s)								

¿Alguna persona de la casa requiere acomodaciones especiales debido a una desventaja o incapacidad?  Sí  No Si su respuesta es Afirmativo, favor especifique los requerimientos: \_\_\_\_\_



## INGRESOS DISPONIBLES EN LA CASA

Liste todos los ingresos ganados y recibidos por todas las personas que viven en la casa sin considerar su edad. Liste la cantidad neta de los ingresos (Antes de las deducciones).

Fuente de Ingreso	Si	No	Miembro de la Familia	Fuente	Cantidad
Auto-empleo Negocio Propio					\$
					\$
Sueldos o Ganancias					\$
					\$
Pensión o Retiro					\$
					\$
SSI / Seguro Social					\$
					\$
Soporte de Menores					\$
					\$
Beneficios de Desempleo					\$
					\$
Compensación del Empleado					\$
					\$
Pensión Alimenticia					\$
					\$
Ingresos Militares					\$
					\$
Ingresos por propiedades en Renta o otros activos					\$
					\$
Contribuciones Regulares o donaciones					\$
					\$
Otro/Becas					\$
TANF					\$
					\$
Asistencia de Estampillas					\$
					\$

1. Alguna persona fuera de la casa ayuda con los pagos en un periodo regular? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es Afirmativo, favor escriba el nombre de cada persona o agencia que le asista con los pagos:

2. Alguna persona a aplicó para beneficios o está en proceso de estar aprobado?  Sí  No

### HISTORIA CRIMINAL

1. Alguno de los miembros familiar (independientemente de su edad) a sido detenidos, acusados o condenados por cualquiera de los siguientes: ¿actividad penal o violento?  Sí  No

Si su respuesta es afirmativo favor de detalles \_\_\_\_\_

¿Relacionados con la actividad de Alcohol?  Sí  No, Si su respuesta es afirmativo favor de detalles

¿Fabricación de metanfetaminas?  Sí  No, Si su respuesta es afirmativo favor de detalles

¿Posesión, venta o distribución de drogas ilegales?  Sí  No, Si su respuesta es afirmativo favor de detalles, lista de nombre/fecha/disposición de los casos \_\_\_\_\_

¿Cualquier miembro familiar se requiere registrarse para un acto de sexo delinciente?  Sí  No

Si su respuesta es afirmativo favor de detalles \_\_\_\_\_

2. Cualquier miembro familiar ha participado en rehabilitación para drogas durante los últimos 12 meses?

Sí  No Si su respuesta es afirmativo favor de detalles: \_\_\_\_\_

3. Cualquier miembro familiar fueron desalojados por el Gobierno Federal o vivían en la vivienda los últimos 5 años? ¿En caso afirmativo, favor de detalles quién? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE ALQUILER

1. Propietario: \_\_\_\_\_ Dirección y número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ direcciones de alquiler de propiedad: \_\_\_\_\_

¿Usted alguna vez se tardó con el pago de alquiler  Sí  No ¿Usted alguna vez se le pidió mover se o a sido desalojado?  Sí  No

2. Propietario Anterior: \_\_\_\_\_ Dirección y número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha desde: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ direcciones de alquiler de propiedad: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MISCELÁNEA

Se realizará una verificación de antecedentes penales de todos los miembros del hogar de 18 años o mayores a través del departamento de policía local, estatal y NCIC. Toda la información proporcionada en esta solicitud y en la entrevista está sujeta a verificación. Todos los miembros del hogar de 18 años o mayores deben revisar la información en este formulario, la Ley Federal de Privacidad y todas las divulgaciones de información requeridas que DEBEN estar firmadas para ser considerados para asistencia para la vivienda.

Con mi firma a continuación, juro y atestiguo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar cualquier cambio en los ingresos, bienes, composición familiar, dirección o número de teléfono a la Agencia de Vivienda dentro de los 10 días de dicho cambio para que mi solicitud siga siendo válida. Con mi firma, otorgo permiso a la Agencia de Vivienda para verificar la información necesaria y además entiendo que las declaraciones o información falsas son motivo de denegación de esta solicitud.

Entiendo que también debo responder a un Aviso de interés continuo por escrito para que mi solicitud permanezca activa en la lista de espera, en o antes del primer aniversario de la colocación en la lista de espera.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe(a) de la familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del esposo(a) del Jefe(a) de la familia u otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

ADVERTENCIA: EL TITULO 18, SECCION 1001 DEL CODIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, DECLARA QUE LA PERSONA ES CULPABLE DE FELONIA POR HACER CONSCIENTEMENTE Y CON GUSTO DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS. Si usted cree que ha sido discriminado, puede llamar al Fair Housing and Equal Opportunity national toll-free hot line 1-800-669-9777



**\*\*\* AUTORIZACIÓN \*\*\***

Para Liberación de Información

**\*\*\*CONSENTIMIENTO\*\*\***

Autorizo y dirijo alguno agencia federal, estado o agencia local, organización, negocio, o individuo liberar a las Autoridades de Alojamiento y dirigo alguno agencia federal, estado o agencia local organización, negocio, o individuo liberar a las Autoridades de Alojamiento de la ciudad de Mercedes cualquier información o materiales necesarios para completar y verificar mi aplicación para la participación, y o mantenga mi ayuda continuada bajo la Sección 8, Rehabilitación de Alquiler, Bajos Recursos y alojamiento Indio y u otros programas de ayuda de alojamiento. Entiendo y estoy de acuerdo que esta autorización o la información obtenida con su uso puede ser dada a y usada por el Departamento del Alojamiento y el Desarrollo Urbano (HUD) en la administración y hacer cumplir reglas del programa y póliza.

También consiento para HUD o PHA (Autoridades de Alojamiento Públicas) para liberar la información de mis archivos sobre mi historia de alquiler a oficinas de crédito de HUD, agencias de colección, o futuros propietarios. Este incluye archivos en mi historia de pago, y cualquier violación de mi arriendo de PHA pólizas.

**\*\*\* INFORMACIÓN CUBIERTA \*\*\***

Entiendo esto según programa policas y exigencias, información anterior o corriente en cuanto a mí, o mi casa puede ser necesaria. Las verificaciones y preguntas esto puede ser solicitado, incluir, pero no es limitado con:

- . Identidad y estado civil
- . Empleo, Ingresos y Activos
- . Residencia y Actividad de Alquiler
- . Médico y Concesiones de cuidado de niños
- . Credito y Actividad Criminal

Entiendo que esta autorización no puede ser usada para obtener cualquier información sobre mí que no soy pertinente a mi elegibilidad para y siguió la participación en un programa de ayuda de alojamiento.

**\*\*\*GRUPOS O INDIVIDUOS A QUE PUEDEN PREGUNTAR\*\*\***

Los grupos o individuo que puede ser preguntado liberar la susodicha información (según exigencias de programa) incluyen, pero no son limitados con:

- . Propietarios Anteriores (incluso PHA's)
- . Patrones pasados y presentes
- . Administración de Veteranos
- . Tribunales y Correos
- . Agencias de Bienestar
- . Sistemas de Retiro
- . Escuelas y Colegios
- . Estado Agencia de Desempleo
- . Compañías de Utilidades
- . Bancos y otras Instituciones Financieras
- . Agencias de Aplicación de Ley
- . Administración de Seguro Social
- . Crédito Abastecedores y oficinas de crédito
- . Médico y Abastecedores de cuidado de los niños

**\*\*\*COMPUTADORA QUE EMPAREJA AVISO Y CONSENTIMIENTO\*\*\***

Entiendo y estoy de acuerdo que HUD o las Autoridades de Alojamiento Públicas pueden conducir programas de correspondencia de computadora para verificar la información suministrada para mi aplicación o nueva certificación. Si un partido de computadora es hecho. Entiendo que tengo un derecho a la notificación de alguno adversa información encontrada y una posibilidad para refutar información incorrecta. HUD y Autoridades de Alojamiento en el curso de sus deberes intercambian tal información automatizada con otras agencias federales, estatales, o locales, incluso pero no limitado con: empleo estatal, agencias de seguridad, departamento de la defensa, oficina de dirección de personal, la agencia de correos estadounidense y bienestar estatal y agencias de vale de comida

**\*\*\*CONDICIONES\*\*\***

Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización puede ser usada para el objetivo declarado encima. El original de esta autorización está en el archivo autoridades de alojamiento públicas con y se quedará en efecto durante un año y un mes de la fecha firmada. Entiendo que tengo un derecho de examinar mi archivo y corregir cualquier información que puedo demostrar es incorrecto.

**\*\*\*FIRMAS\*\*\***

_____	_____	_____
Firma del Jefe(a) de la familia	Nombre de letra	Fecha
_____	_____	_____
Firma del esposo(a) de la familia	Nombre de letra	Fecha
_____	_____	_____
Firma otro adulto	Nombre de letra	Fecha
_____	_____	_____
Firma otro adulto	Nombre de letra	Fecha

NOTAR: QUE ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE SER USADO PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN FEDERAL DE IMPUESTOS. SI UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN FEDERAL DE IMPUESTOS ES NECESARIA, FORMA DE IRS 4506, "PETICIÓN DE COPIA DE UNA FORMA FEDERAL DE IMPUESTO" DEBE ESTAR LISTA Y FIRMADA POR SEPARADO.



**U.S. Department of Housing and Urban Development  
Office of Public and Indian Housing**

**DEBTS OWED TO PUBLIC HOUSING AGENCIES AND TERMINATIONS**

**Paperwork Reduction Notice:** Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 7 minutes per response. This includes the time for respondents to read the document and certify, and any record keeping burden. This information will be used in the processing of a tenancy. Response to this request for information is required to receive benefits. The agency may not collect this information, and you are not required to complete this form, unless it displays a currently valid OMB control number. The OMB Number is 2577-0266, and expires 06/30/2026.

**NOTICE TO APPLICANTS AND PARTICIPANTS OF THE FOLLOWING HUD RENTAL ASSISTANCE PROGRAMS:**

- Public Housing (24 CFR 960)
- Section 8 Housing Choice Voucher, including the Disaster Housing Assistance Program (24 CFR 982)
- Section 8 Moderate Rehabilitation (24 CFR 882)
- Project-Based Voucher (24 CFR 983)

The U.S. Department of Housing and Urban Development maintains a national repository of debts owed to Public Housing Agencies (PHAs) or Section 8 landlords and adverse information of former participants who have voluntarily or involuntarily terminated participation in one of the above-listed HUD rental assistance programs. This information is maintained within HUD's Enterprise Income Verification (EIV) system, which is used by Public Housing Agencies (PHAs) and their management agents to verify employment and income information of program participants, as well as, to reduce administrative and rental assistance payment errors. The EIV system is designed to assist PHAs and HUD in ensuring that families are eligible to participate in HUD rental assistance programs and determining the correct amount of rental assistance a family is eligible for. All PHAs are required to use this system in accordance with HUD regulations at 24 CFR 5.233.

HUD requires PHAs, which administers the above-listed rental housing programs, to report certain information at the conclusion of your participation in a HUD rental assistance program. This notice provides you with information on what information the PHA is required to provide HUD, who will have access to this information, how this information is used and your rights. PHAs are required to provide this notice to all applicants and program participants and you are required to acknowledge receipt of this notice by signing page 2. Each adult household member must sign this form.

**What information about you and your tenancy does HUD collect from the PHA?**

The following information is collected about each member of your household (family composition): full name, date of birth, and Social Security Number.

The following adverse information is collected once your participation in the housing program has ended, whether you voluntarily or involuntarily move out of an assisted unit:

1. Amount of any balance you owe the PHA or Section 8 landlord (up to \$500,000) and explanation for balance owed (i.e. unpaid rent, retroactive rent (due to unreported income and/ or change in family composition) or other charges such as damages, utility charges, etc.); and
2. Whether or not you have entered into a repayment agreement for the amount that you owe the PHA; and
3. Whether or not you have defaulted on a repayment agreement; and
4. Whether or not the PHA has obtained a judgment against you; and
5. Whether or not you have filed for bankruptcy; and
6. The negative reason(s) for your end of participation or any negative status (i.e., abandoned unit, fraud, lease violations, criminal activity, etc.) as of the end of participation date.

**Who will have access to the information collected?**

This information will be available to HUD employees, PHA employees, and contractors of HUD and PHAs.

**How will this information be used?**

PHAs will have access to this information during the time of application for rental assistance and reexamination of family income and composition for existing participants. PHAs will be able to access this information to determine a family's suitability for initial or continued rental assistance, and avoid providing limited Federal housing assistance to families who have previously been unable to comply with HUD program requirements. If the reported information is accurate, a PHA may terminate your current rental assistance and deny your future request for HUD rental assistance, subject to PHA policy.

**How long is the debt owed and termination information maintained in EIV?**

Debt owed and termination information will be maintained in EIV for a period of up to ten (10) years from the end of participation date or such other period consistent with State Law.

**What are my rights?**

In accordance with the Federal Privacy Act of 1974, as amended (5 USC 552a) and HUD regulations pertaining to its implementation of the Federal Privacy Act of 1974 (24 CFR Part 16), you have the following rights:

1. To have access to your records maintained by HUD, subject to 24 CFR Part 16.
2. To have an administrative review of HUD's initial denial of your request to have access to your records maintained by HUD.
3. To have incorrect information in your record corrected upon written request.
4. To file an appeal request of an initial adverse determination on correction or amendment of record request within 30 calendar days after the issuance of the written denial.
5. To have your record disclosed to a third party upon receipt of your written and signed request.

**What do I do if I dispute the debt or termination information reported about me?**

If you disagree with the reported information, you should contact in writing the PHA who has reported this information about you. The PHA's name, address, and telephone numbers are listed on the Debts Owed and Termination Report. You have a right to request and obtain a copy of this report from the PHA. Inform the PHA why you dispute the information and provide any documentation that supports your dispute. HUD's record retention policies at 24 CFR Part 908 and 24 CFR Part 982 provide that the PHA may destroy your records three years from the date your participation in the program ends. To ensure the availability of your records, disputes of the original debt or termination information must be made within three years from the end of participation date; otherwise the debt and termination information will be presumed correct. Only the PHA who reported the adverse information about you can delete or correct your record. Your filing of bankruptcy will not result in the removal of debt owed or termination information from HUD's EIV system. However, if you have included this debt in your bankruptcy filing and/or this debt has been discharged by the bankruptcy court, your record will be updated to include the bankruptcy indicator, when you provide the PHA with documentation of your bankruptcy status.

The PHA will notify you in writing of its action regarding your dispute within 30 days of receiving your written dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record. If the PHA determines that the disputed information is correct, the PHA will provide an explanation as to why the information is correct.

<p><b>This Notice was provided by the below-listed PHA:</b></p> <p>Mercedes Housing Authority                  306 West 5th Street                  Mercedes, Texas 78570</p>	<p><b>I hereby acknowledge that the PHA provided me with the                  Debts Owed to PHAs &amp; Termination Notice:</b></p>	
	<p><b>Signature</b></p>	<p><b>Date</b></p>
<p><b>Printed Name</b></p>		

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

**SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING**

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

**Instructions: Optional Contact Person or Organization:** You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

<b>Applicant Name:</b>	
<b>Mailing Address:</b>	
<b>Telephone No:</b>	<b>Cell Phone No:</b>
<b>Name of Additional Contact Person or Organization:</b>	
<b>Address:</b>	
<b>Telephone No:</b>	<b>Cell Phone No:</b>
<b>E-Mail Address (if applicable):</b>	
<b>Relationship to Applicant:</b>	
<b>Reason for Contact: (Check all that apply)</b>	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process
<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms
<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Late payment of rent	
<b>Commitment of Housing Authority or Owner:</b> If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.	
<b>Confidentiality Statement:</b> The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.	
<b>Legal Notification:</b> Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.	

Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

**Signature of Applicant**

**Date**

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

**Privacy Statement:** Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.