

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) Apellido Nombre(s) | Seguro Social # | Relación con el jefe(a) de familia | Sexo | Raza/ Etnia | Fecha de Nacimiento | Edad | Deshabilitado(a) Si/No | Estudiante (a) Si/No | Lista la fecha más reciente | |
|---|-----------------|------------------------------------|------|-------------|---------------------|------|------------------------|----------------------|-----------------------------|------|
| | | | | | | | | | Empleado (a) | TANF |
| | | Jefe(a) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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

¿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



DPS Computerized Criminal History (CCH) Verification

(AGENCY COPY)

I, _____, acknowledge that a Computerized Criminal

APPLICANT or EMPLOYEE NAME (Please print)

History (CCH) check may be performed by accessing the Texas Department of Public Safety Secure Website and may be based on name and DOB identifiers. (This is not a consent form, but serves as information for the applicant.) Authority for this agency to access an individual's criminal history data may be found in Texas Government Code 411; Subchapter F.

Name-based information is not an exact search and only fingerprint record searches represent true identification to criminal history record information (CHRI), therefore the organization conducting the criminal history check is not allowed to discuss with me any CHRI obtained using the name and DOB method. The agency may request that I also have a fingerprint search performed to clear any misidentification based on the result of the name and DOB search.

In order to complete the fingerprint process I must make an appointment with the Fingerprint Applicant Services of Texas (FAST) as instructed online at www.dps.texas.gov/Crime Records Information/Review of Personal Criminal History or by calling the DPS Program Vendor at 1-888-467-2080, submit a full and complete set of fingerprints, request a copy be sent to the agency listed below, and pay a fee of \$25.00 to the fingerprinting services company.

Once this process is completed the information on my fingerprint criminal history record may be discussed with me.

(This copy must remain on file by this agency. Required for future DPS Audits)

Signature of Applicant or Employee (optional)

Date

Mercedes Housing Authority

Agency Name (Please print)

Rachel Gil/Low Rent Supervisor

Agency Representative Name (Please print)

Signature of Agency Representative

Date

| | |
|--|---------------------------------------|
| Please: | |
| Check and Initial each Applicable Space | |
| CCH Report Printed: | |
| YES ____ | NO ____ ____ initial |
| Purpose of CCH: _____ | |
| Empl ____ | Vol/Contractor ____ ____ initial |
| Date Printed: _____ | ____ initial |
| Destroyed Date: _____ | ____ initial |
| Retain in your files | |