

Autoridad de la Vivienda del Condado Franklin
Aplicación para Sección 8

Por favor complete toda la información solicitada en la aplicación. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Si una pregunta no es aplicable, escriba N/A. Asegúrate de firmar la última página. Si necesita espacio adicional para proporcionar una respuesta, adjunte una hoja (s) adicional (es).

Todos los solicitantes deben proporcionar una copia de identificación con foto, como la licencia de conducir de PA, pasaporte o identificación militar para todos los miembros adultos. Además, una copia de las tarjetas de Seguro Social y el Certificado de Nacimiento de cada persona en la aplicación cuando entregue su solicitud.

1. Nombre del Aplicante: _____ SSN: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono del Hogar: _____ Celular: _____
Email: _____

2. **Preferencias: Todos los aplicantes que soliciten preferencias, deben proveer verificación. No serán otorgadas sin la verificación adecuada.**

- a. _____ **Preferencia Local** – Para familias que vivan o trabajen en el Condado Franklin, cualquier miembro de la familia donde el Jefe de familia, cónyuge, o co-Jefe de familia que viva o trabaje actualmente en Franklin County.
- b. _____ **Victimas de Violencia Domestica** - Familias que han sido sometidas o victimizadas por un miembro de la familia o del hogar en los últimos 6 meses. FCHA requerirá evidencia de que la familia ha sido desplazada como resultado de huir de la violencia en el hogar. Las familias también son elegibles para esta preferencia si hay una prueba de que la familia vive actualmente en una situación en la que están siendo víctimas o víctimas de la violencia en el hogar.
- c. _____ **Trabajo/Mayor de edad/Discapacitado** – Los miembros de familia son elegibles para la preferencia de trabajo/por mayor de edad/por discapacitado, si el Jefe de familia, cónyuge, ó co-Jefe de familia está;
 - i. Trabajando- empleado por lo menos 30 horas por semana, por un período de 12 meses o más.
 - ii. Mayor de edad- al menos 62 años o más.
 - iii. Discapacitado: una persona con discapacidad.
- d. _____ **Preferencia de personas sin hogar**- Personas sin hogar: definidas como carentes de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, y tienen una residencia nocturna principal la cual es supervisada por un albergue público o privado. La familia sin hogar no incluye a ningún individuo encarcelado o detenido de conformidad con la Ley del Estado o una Ley del Congreso.
- e. _____ **Preferencia Mainstream**- Las personas discapacitadas y menores de 62 años, sin hogar, en riesgo de quedarse sin hogar, institucionalizadas o en riesgo de ser institucionalizadas. (Debe proporcionar prueba. Ejemplo: declaración escrita, carta de desalojo, aviso de desalojo, declaración del refugio para personas sin hogar, una declaración de la persona con la que vive).
- f. _____ **Preferencia de Veterano**- Los hogares son elegibles para la preferencia del veterano si el jefe, cónyuge o codirector es un miembro del servicio activo, un miembro del servicio retirado que fue dado de baja honorablemente o es el miembro sobreviviente del hogar de un miembro del servicio fallecido que fue dado de alta con honores. Se debe presentar documentación del Departamento de Defensa de Asuntos de Veteranos.

- g. ____ **Preferencia de Subsidio de Asistencia de Alquiler:** Personas que reciben o han recibido Beneficios de Salud del Comportamiento. Esto puede incluir ver a un terapeuta de salud mental, tratamiento por abuso de drogas/alcohol, ver a un psiquiatra, que un médico le recete medicamentos para un trastorno del estado de ánimo o cualquier servicio pagado por Performed Care. Debe proporcionar una copia de su tarjeta de Medicaid y firmar el comunicado a continuación para ser elegible para esta preferencia.

3. Ha recibido usted o alguien en su hogar ahora o en el pasado Beneficios de salud del comportamiento? Sí No

4. Actualmente recibe Medicaid? Sí No

5. **Anote todo miembro familiar que viva con usted.** Favor de usar los siguientes códigos para raza/etnicidad(más de un código puede ser seleccionado por cada miembro de la familia):

a. Raza – 1=Blanco, 2=Negro/Afro-americano, 3=Indio Americano/Nativo de Alaska, 4=Asiático, 5=Isleño del Pacífico

b. Etnicidad – 1=Hispano ó Latino, 2=No Hispano ó Latino

NOMBRE Y APELLIDOS	RELACION	SSN	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RAZA	ETNICIDAD	DISCAPACITADO (Y/N)	ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO (S/N)
	MISMO							

6. **Habrá algún cambio en la composición de familia?** Sí No

Si contestó sí, favor de especificar: _____

7. **Ingreso:** indique todas las fuentes de ingresos de la familia:

NOMBRE	TIPO DE INGRESO (Salario, Seguro Social, etc.)	EMPLEADOR/PROVEEDOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE INICIO DEL INGRESO

8. **Bienes/Banco:** Favor de anotar todo tipo de Bienes de familia (Cuenta de Cheques, Ahorros, CD's ó acciones, bonos, Hipotecas, etc.)

NOMBRE	TIPO DE ACTIVO	NOMBRE DE LA INSTITUCION BANCARIA	CANTIDAD

Have you disposed of assets for less than fair market value in the past two years? Yes No

9. **Gastos:** Favor de anotar todo tipo de gastos aplicables (gasto médicos que paga, cuidado de niños, primas, etc.)

NOMBRE	TIPO DE GASTO	CANTIDAD

10. **Usted o algún miembro de la familia ha recibido asistencia de vivienda bajo algún programa de fondo federal?**

Sí No

Si contestó sí,

Nombre del Miembro Familiar : _____

Nombre de la Agencia de Vivienda: _____

Fecha que entregó la unidad: _____

Cuando usted hizo entrega de la unidad, estaba usted en cumplimiento con el contrato y otros programas requeridos? Sí No

11. **Tiene alguna necesidad para cualquier accesibilidad, basada en alguna discapacidad, por razones médicas?**

Sí No

Si contestó sí, favor de especificar:

12. **Contactos de Emergencias/Contactos:** Favor de anotar lista de individuos que podamos contactar en caso que no podamos contactarlo:

Nombre	Número de Telefono	Relación con el Apicante

13. **Archivo Criminal:**

a. Usted ó cualquier miembro familiar (incluído en esta aplicación) ha sido arrestado por cualquier actividad criminal; incluyendo pero no limitado a drogas-relacionados a crímines, actividad criminal violenta, ó cualquier otra ofensa seria?

Sí No si contestó sí, favor de explicar:

b. Usted, ó cualquier miembro familiar (incluído en esta aplicación) está registrado como ofensor sexual permanente de por vida?

Sí No Si contestó sí, Estado dónde fué registrado:

14. **Ha vivido usted en otro estado anteriormente?** Sí No

a. Si contestó sí, favor anote todos los Estados?

15. **Tiene actualmente un asistente social?** Si No

16. **Quién es su asistente social principal?** Nombre: _____

Información de contacto del trabajador social: Teléfono: _____

17. **Le gustaría una remisión a una agencia asociada?** Si No

18. Al firmar a continuación, certifica que la Autoridad de Vivienda del Condado de Franklin puede comunicarse con su trabajador social en su nombre para obtener información preliminar si no podemos comunicarnos con usted.

Firma de la cabeza del hogar: _____

19. Al firmar a continuación, acepta divulgar su información a Tuscarora Managed Care Alliance (TMCA) con el único propósito de determinar la elegibilidad. Usted acepta que un miembro de Tuscarora Managed Care Alliance puede comunicarse con usted por teléfono o correo para prestarle servicios. En el caso de que se determine que no es elegible para los cupones de Subsidio de Asistencia de Alquiler Puente, su nombre permanecerá en la lista de espera de la Sección 8.

Firma de la cabeza del hogar: _____

****TENGA EN CUENTA QUE PARA SER ELEGIBLE PARA LA PREFERENCIA DE SUBSIDIO DE ASISTENCIA DE ALQUILER DEBE FIRMAR EL NÚMERO 19****

19. **CERTIFICACION DEL APLICANTE:**

Como parte de la revisión en el proceso de determinar elegibilidad, La Autoridad de Vivienda en el Condado de Franklin debe realizar una verificación de antecedentes para todo adulto en el núcleo familiar que haya aplicado para Vivienda Pública. Este proceso incluye en obtener registro de consumo de crédito detallado, registro de antecedentes criminal e historial de renta. La Autoridad de Vivienda también contactará cualquier fuente de información o referencia, como arrendadores anteriores, listados en la aplicación que sean necesarios para determinar elegibilidad. Vivienda Pública obtiene registros de crédito, criminal, y registros de renta vía online mediante los servicios de Yardi Resident Screening. Los registros criminales de PA son obtenidos online por medio de Pennsylvania Judiciary Web Portal and Maryland Judiciary Case Search. Condados locales y agencias estatales, junto a agencias de leyes fuera del estado de ser aplicable.

Protecciones bajo VAWA. Si usted es elegible para Vivienda Pública, FCHA no puede rehusarse en admitirlo al programa de vivienda sólo porque usted sea víctima de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso. Si usted siente que califica en los derechos y protecciones del Acto VAWA, favor de notificarlo a la oficina inmediatamente.

ADVERTENCIA! TITULO 18, SECCION 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS,DECLARA QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE DELITO MAYOR POR SABER Y VOLUNTARIAMENTE HACER DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Yo por este medio juro y atesto que toda la información arriba acerca de mí y de mi hogar es verdadera y correcta. También entiendo que todos los cambios en los miembros del hogar o en el ingreso deben ser reportados a la Autoridad de Vivienda Pública por escrito inmediatamente.

Yo declaro bajo la pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de Pennsylvania que la información contenida en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa..

Consentimiento: Yo por este medio autorizo a la Autoridad de Vivienda del Condado de Franklin para poder obtener records del consumidor de crédito, historial criminal, e historial de vivienda detalladamente, como se delinea en la parte de arriba para la determinación de la elegibilidad para asistencia de vivienda ó para continuación de la misma. Yo también entrego cualquier y todas las fuentes de información de cualquier responsabilidad, de poder compartir información factual. Este formulario de consentimiento expira 15 meses después de haber sido firmado.

_____ Firma de la Cabeza de Hogar	_____ Fecha
_____ Firma de Otro Adulto	_____ Fecha
_____ Firma de Otro Adulto	_____ Fecha