



Housing Authority of the City of Georgetown

1) Información sobre el encabezado de familia

| | | | | | | | |
|---------------------|-------|---------------------|--------|----------------------|--------|--|---------------|
| Nombre | | | | # de Seguro Social | | | |
| Sexo (rodee uno): | M / F | Fecha de nacimiento | | Sitio de nacimiento: | | | |
| Dirección de correo | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal |
| Dirección de hogar | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal |
| Teléfono: | | | 1) | | 2) | | |

Para información estadística solamente sobre el encabezado de la familia. Para estadísticas solamente, no requerido (favor de marcar una caja en cada categoría)

| | | | | | |
|--------|----------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| Raza: | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Polinesio |
| Etnia: | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> No-Hispano | | | |

2) Información sobre el otro encabezado de familia

| | | | | | | | |
|---------------------|-------|---------------------|--------|----------------------|--------|--|---------------|
| Nombre | | | | # de Seguro Social | | | |
| Sexo (rodee uno): | M / F | Fecha de nacimiento | | Sitio de nacimiento: | | | |
| Dirección de correo | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal |
| Dirección de hogar | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal |

El encabezado o el co-encabezado su pareja? Si No

Esta incapacitado el encabezado o el co-encabezado de familia? (Se necesita entregar comprobante en la próxima cita) Si No

El encabezado o el co-encabezado necesita acceso a un apartamento de silla de rueda?

Nombres de adultos de la familia

(Por ejemplo: padres, hijos adultos, y otros parientes. No incluyendo esposo(a) o co-encabezado de familia)

| Adultos (Apellido, Primer Nombre) | Relación al encabezado | # de seguro social | Sexo | Fecha de nacimiento | Sitio de nacimiento |
|-----------------------------------|------------------------|--------------------|-------|---------------------|---------------------|
| 3) | | | M / F | | |
| 4) | | | M / F | | |
| 5) | | | M / F | | |

Otros miembros de la familia

(Por ejemplo: hijos o parientes menores de edad)

| Menores de edad (Apellido, Primer Nombre) | Relación al encabezado | # de seguro social | Sexo | Fecha de nacimiento | Sitio de nacimiento |
|---|------------------------|--------------------|-------|---------------------|---------------------|
| 6) | | | M / F | | |
| 7) | | | M / F | | |
| 8) | | | M / F | | |
| 9) | | | M / F | | |
| 10) | | | M / F | | |
| 11) | | | M / F | | |

The Owner does not discriminate against persons with disabilities

Continúe con la pagina de atrás



Housing Authority of the City of Georgetown

Ingresos

Escriba la cantidad de ingresos mensuales por cada miembro de la familia. Incluya todos los recursos de todos los miembros de la familia. Esto incluye ingresos de empleo, sostenimiento de niños, seguro social o SSI, beneficios de desempleo, pensiones, TANF, VA, renta de propiedades, ingresos de cuentas bancarias y todas fuentes de otros ingresos.

| Nombre de miembro de familia recibiendo ingresos | Empleo | TANF | Sostenimientos de niños | SS/ SSI | Desempleo | Ayuda de la familia | Otros ingresos |
|--|--------|------|-------------------------|---------|-----------|---------------------|----------------|
| | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |

¿Ha vivido usted o otro miembro de su familia en vivienda publica o Sección 8 en el pasado? Si No

Si su respuesta es sí, favor de explicar donde y cuando.

¿Ha sido declarado culpable de algún crimen usted o otro miembro de su familia? No incluye tiquets de manejar. Si No

Si su respuesta es sí, favor de explicar.

¿Has violado usted alguna obligación relacionada con algún programa de HUD? Si No

Si su respuesta es sí, favor de explicar donde y cuando.

¿Debe usted dinero a alguna agencia de vivienda publica? Si No

Si su respuesta es sí, favor de explicar donde.

¿Ha usted o cualquier miembro de la familia mayor de 18 anos se han deshecho de alguna pertenencia en los ultimos 2 anos? Si No

Yo declaro que toda esta información incluyendo ingresos, cuentas y deducciones sobre mi familia esta completo y exacto según mi conocimiento. He revisado mi aplicación y certifico que esta información es verdadera y correcta.

Entiendo que es necesario reportar a la oficina de Sección 8 cualquier cambio de ingresos o cambio en la cantidad de los miembros de mi familia. Debo reportar estos cambios dentro de **DIEZ DÍAS**.

Entiendo que tengo que avisarle a la oficina del Housing Authority de Georgetown **CADA TRES MESES, POR ESCRITO**, si todavía estoy interesado(a) en el programa de Sección 8. Si no aviso cada tres meses, me borrarán de la Lista de Espera y tendré que aplicar de nuevo cuando se acepten aplicaciones una vez mas.

Entiendo que esta aplicación **SOLAMENTE** pone mi nombre en la Lista de Espera de Sección 8. Cuando lleguen a mi nombre programaran una cita para entrevistarme donde tendré que presentar comprobantes para verificar la información que he dado en esta aplicación según las reglas federales. **ESTA APLICACIÓN NO ME GARANTIZA NINGUNA ASISTENCIA.**

Para Uso del Housing Authority Solamente:
Stamp Date & Time of Application

Received By: _____

Circle if: MAILED

If mailed, stamp date and time received.

Proof of disability/ elderly status attached?

Yes No

Con mi firma, yo declaro que la información que yo he dado es verdadera y correcta y estoy de acuerdo con cada una de las declaraciones mas arriba. Entiendo que el hacer declaraciones falsas o el dar información falsa es castigable bajo las leyes federales y es causa para negarse asistencia en el programa y también es causa para terminar el contrato de vivienda.

Firma: _____

Fecha: _____

La Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Georgetown se compromete a cumplir con la Acta de Americanos con Incapacidades. Modificaciones razonables y acceso a comunicaciones será disponible a su petición. Se habla español.