

FOR OFFICE USE ONLY	
Application Entered By:	
Application Entered On:	
Elderly/Disabled Housing	
General Developments	
Bedrooms	0 1 2 3 4 5 6

HORA Y FECHA RECIBIDA

**AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA CIUDAD DE NEW HAVEN**  
**360 Orange Street**  
**New Haven, Connecticut 06509-1912**  
**475-355-7289 (Voice) or (203) 497-7901 (Fax)**  
**(203) 497-8434 (TDD)**

**Pre- Solicitud Para Vales de Vivienda HCVP – Sección 8**  
*OPORTUNIDAD DE IGUALDAD DE VIVIENDA*

El presente no es el formulario de solicitud completo para el Programa de Vales de Vivienda sección 8. La información requerida en esta solicitud sobre el jefe de familia se utiliza para determinar si su hogar reúne los requisitos para ser agregado a la lista de espera del Programa de Vales de Vivienda más conocido como Sección 8. Antes de que se procese finalmente usted deberá llenar una solicitud completa. Toda la información está sujeta a verificación de terceros, y se le solicitará que firme autorizaciones que le permitan a Programa de Vales de Vivienda confirmar toda la información proporcionada. Al firmar esta solicitud, usted está certificando que la información proporcionada es correcta y que a la fecha de la firma su hogar se encuentra dentro de los límites de ingresos del programa. **La ambigüedad de información constituye causa inmediata para su eliminación de la lista de espera o de la finalización del Programa de Vivienda Pública.**

Para solicitantes de viviendas federales, el Título 18, Artículo 1001 del Código de los EE. UU. estipula que constituye un delito grave realizar declaraciones falsas o fraudulentas de forma intencional ante cualquier departamento o entidad federal. Ya que la información presentada debajo podrá compartirse con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU., la distorsión de la información constituye un delito grave.

**No se procesarán presolicitudes incompletas. Es la responsabilidad del solicitante brindar toda la información solicitada y responder todas las preguntas por completo. Todas las solicitudes son de propiedad del La Autoridad De Vivienda de la Ciudad de New Haven.**

**Asistencia disponible:** Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud, favor pida asistencia a la recepcionista o puede llamar al **475-355-7289 o TDD 203-497-8434.**

Por Favor Responda Todas Las Preguntas Con Letra Legible
1. Jefe del Hogar: _____
2. Dirección de Residencia: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
3. Dirección de Correo Actual: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
4. Dirección de correo electrónico: _____
5. Teléfono del Residencia ( ) _____ Teléfono del Trabajo ( ) _____



**7. Ingresos Anuales y la Fuente de los Ingresos: \$ \_\_\_\_\_**

*(Una determinación de ingresos, activos y deducciones se realizará como parte de la revisión de la aplicación final.)*

*Favor de completar esta sección basado en los ingresos/dineros recibidos por TODOS los miembros de la familia*

Miembro de la familia	Tipo de ingreso (empleo, asistencia social, SSI, manutención de menores, etc.)	Cantidad de Ingresos	Semanal, quincenal, mensual o anual	Fuente de los ingresos (asistencia pública, nombre del empleador o compañía, etc.)

8. ¿Desea que dirijamos todos los comunicados relacionados con su solicitud a usted **O** a un contacto de emergencia/trabajador social/otra persona?

**Elija solo una opción:**

- Envíenme cualquier comunicación futura relacionada con esta solicitud.**
- Envíen cualquier comunicación futura a mi contacto de emergencia / trabajador social u otra persona.**
- Envíen cualquier comunicación futura a mí y a mi contacto de emergencia / trabajador social u otra persona.**

Contacto de emergencia / trabajador social, otro \_\_\_\_\_

Relación/organización \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Comprendo que esta presolicitud no constituye una oferta de apartamento. Certifico que mi hogar reúne los requisitos de ingresos según los límites de ingresos vigentes del programa, y que la información contenida en la presente solicitud es verdadera y completa bajo apercibimiento y pena de perjurio. Acuerdo autorizar a El Grupo de Gestión 360 a que realice investigaciones a fin de verificar la información que he brindado en esta solicitud. Comprendo que es mi responsabilidad informar por escrito al Grupo de Gestión 360 respecto de todo cambio de dirección o la composición del hogar.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Una persona con discapacidades como se define en 42 U.S.C 423 o una discapacidad de desarrollo como se define en 42 U.S.C. 6001. También incluye a una persona que está determinada, bajo las regulaciones de HUD, a tener un impedimento físico o mental que se espera sea de larga duración e indefinida, impide sustancialmente la capacidad de vivir independientemente, y es de tal naturaleza que la capacidad de vivir independientemente podría mejorarse mediante condiciones de alojamiento más adecuadas. Para propósito de adaptación razonables y accesibilidad del programa para personas con discapacidad, significa un “individuo con discapacidades” como se define en 24 CFR 8.3. Definición no excluye a las personas que tienen SIDA o las condiciones que se derivan del SIDA, pero no incluye a una persona cuya discapacidad se basa únicamente en la dependencia de drogas o alcohol (para fines de elegibilidad de vivienda de bajos ingresos)

**Equal Opportunity Housing Provider**

