

NOTIFICACION INTERINO DE CAMBIOS PARA SECTION 8



Información General

Karen DuBois-Walton
Executive Director

Jefe de Hogar:	Seguro Social:
Dirección:	Número de Contacto:

Razón \ Tipo de Cambio:

Aumento: Aumento en ingresos en la cantidad de \$_____ por mes.
(Ganancias totales antes de impuestos)

- Si usted recibió un aumento de salarios; Una letra de su patrón con cantidad
- Si as comenzado a recibir ventajas del estado o de la agencia federal; una letra de la aceptación de esa ayuda es requerida

Disminución: Disminución en ingresos en la cantidad de \$_____ por mes.
(Ganancias totales antes de impuestos)

- Si no está empleado letra del patrón anterior es requerida
- Si no está colectando mas beneficio del estado o de una agencia federal la letra de terminación de la ayuda es requerida,

Cambio de Composición Familiar:

Añadiendo a un nuevo familiar: Proveer los siguientes documentos:

- Certificado de Nacimiento
- Tarjeta de Seguro Social
- Papeleo de Custodia
- Papeleo de Adopción
- Certificado de Matrimonio
- Carta de Notificación y aprobación de su propietario
- Nombre del nuevo familiar: _____

Eliminado a un familiar: Proveer los siguientes documentos:

- Factura de alguna compañía de utilidad con nueva dirección y/o
- Contrato de arrendamiento con nueva dirección y/o
- Reciente Talonario de Trabajo con nueva dirección y/o
- Notificación al DMV de nueva dirección
- Este miembro familiar que va a ser eliminado debe firmarnos una carta deseando ser eliminado la cual tiene que ser notariada.
- Nombre del miembro familiar el cual será eliminado: _____

Observe por Favor el siguiente:

1. Todos los paquetes Interino incompletos le serán vueltos sin procesar
2. Solo Tres (3) paquetes Interino por ano
3. Usted es todavia responsable de su porción actual de su alquiler hasta que usted haya recibido un aviso de un HANH representativo
4. HANH tiene 30 días para procesar su Notificación Interino

Housing Authority of the City of New Haven's Elm City Communities
360 Orange Street, P.O. Box 1912, New Haven, CT 06511
(203) 498-8800 • TTD (203) 497-8343 • www.newhavenhousing.org

Certifico que, al mejor de mi conocimiento y creencia, sobre esta declaración personal es verdad, correcto, completo, y hecho de buena fe.

Entiendo que esta notificación interino de cambio no se dará por efectivo Hasta tanto que el Departamento de Vivienda no reciba los documentos Necesarios para procesarlo.



Karen DuBois-Walton
Executive Director

Entiendo que soy responsable por la porción de renta que tengo hasta no recibir Una carta de los cambios hecho por un representante de la Vivienda,

Firma de Jefe de Hogar _____

Fecha: _____

Revisado por: _____

Fecha Sellado: _____

Housing Authority of the City of New Haven's Elm City Communities
360 Orange Street, P.O. Box 1912, New Haven, CT 06511
(203) 498-8800 • TTD (203) 497-8343 • www.newhavenhousing.org



Autorización para divulgar información/ Aviso sobre la Ley de Confidencialidad

enviado al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los EE.UU.
y a la Oficina/Autoridad de Vivienda (HA)

**Departamento de Vivienda
y Desarrollo Urbano de los EE.UU.**
Oficina de Vivienda Pública y para
Comunidades Indígenas

Oficina de Vivienda Pública (PHA) que solicita la divulgación de información.
(Tache la casilla si no corresponde.)
(Escriba la dirección completa, el nombre del representante y la fecha.)

Oficina de Vivienda para Comunidades Indígenas (IHA) que
solicita la divulgación de información. **(Tache la casilla si no
corresponde.)** (Escriba la dirección completa, el nombre
del representante y la fecha.)

Autoridad: La Sección 904 de la Ley Stewart B. McKinney de Enmiendas a la Asistencia para las Personas sin Hogar de 1988, en su forma enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley General de Conciliación del Presupuesto de 1993. Esta ley se encuentra en la Sección 3544 del Título 42 del Código de los EE.UU.

Dicha ley exige que usted firme un formulario de consentimiento en virtud del cual autoriza (1) al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, en adelante HUD) y a la Oficina Autoridad de Vivienda (Housing Agency/Authority, en adelante HA) para solicitar verificaciones de los sueldos y salarios devengados de empleadores actuales o anteriores; (2) al HUD y a la HA para solicitar información sobre reclamaciones de pago de salarios o indemnización por desempleo a la entidad estatal encargada de mantener dicha información; y (3) al HUD para solicitar cierta información sobre la declaración de renta a la Administración de Seguridad Social (Social Security) y al Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS). La ley exige además una verificación independiente de la información sobre ingresos. Por lo tanto, el HUD o la HA puede solicitar información a instituciones financieras para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

Finalidad: Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza al HUD y a la HA mencionada para solicitar información sobre sus ingresos a las fuentes citadas en el formulario. Ambos organismos necesitan esa información para verificar su ingreso familiar con el fin de cerciorarse de que usted reúne las condiciones para recibir beneficios de asistencia para conseguir vivienda y que esos beneficios se fijen en el monto correcto. Tanto el HUD como la HA pueden participar en programas electrónicos de concordancia con estas fuentes para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

Formas de empleo de la información obtenida: Se exige que el HUD proteja la información obtenida sobre ingresos, de conformidad con la Ley de Confidencialidad de 1974, Sección 552a del Título 5 del Código de los EE.UU. El HUD puede divulgar información (distinta de la correspondiente a declaraciones de renta) para ciertas clases de uso ordinario, por ejemplo, a otros organismos gubernamentales con fines de aplicación de la ley, a organismos del gobierno federal con fines de determinación de la idoneidad para el empleo, y a las HA con el objeto de determinar el monto de la asistencia para conseguir vivienda. También se exige que la HA proteja la información sobre ingresos que obtenga, de conformidad con cualquier ley estatal de confidencialidad aplicable al caso. Los empleados del HUD y de la HA pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso impropio de la información sobre ingresos obtenida con el formulario de consentimiento. **Los propietarios particulares no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

Quién debe firmar el formulario de consentimiento: Cada familiar residente en la propiedad mayor de 18 años debe firmar el formulario de consentimiento. Es preciso obtener la firma de nuevos adultos que ingresen a la residencia o de quienes cumplan 18 años.

Se exige que los solicitantes o receptores de asistencia con arreglo a los siguientes programas firmen este formulario de consentimiento:

- Vivienda pública de alquiler de propiedad de una PHA.
- Oportunidades de adquisición de vivienda propia para entrega llave en mano de tipo III (alquiler con opción de compra).
- Oportunidad de adquisición de vivienda propia con un sistema de ayuda mutua.
- Vivienda alquilada según las disposiciones de las Secciones 23 y 19(c).
- Pagos de asistencia para vivienda según las disposiciones de la Sección 23.
- Vivienda de propiedad de una HA para alquiler a comunidades indígenas. Certificado de alquiler según las disposiciones de la Sección 8 de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937.
- Cupón de alquiler según las disposiciones de la Sección 8.
- Rehabilitación moderada según las disposiciones de la Sección 8.

Omisión de la firma del formulario de consentimiento: Si usted no firma el formulario de consentimiento se le puede revocar su idoneidad o se le pueden suspender los beneficios de vivienda, o ambas cosas. La revocación de la idoneidad o la suspensión de los beneficios está sujeta al procedimiento de presentación de quejas de la IIA y de audiencia informal indicados en la Sección 8.

Fuentes de acopio de información:

Entidades estatales de acopio de información sobre salarios. (Este consentimiento se limita a la indemnización por concepto de salario y desempleo que se me ha pagado periódicamente en los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.) Administración de Seguridad Social de los EE.UU. (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita a la información sobre salario y empleo independiente y sobre el pago de ingreso de jubilación, citados en la Sección 6103(l)(7)(A) del Código del Servicio de Rentas Internas de los EE.UU.)

Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS) (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita al ingreso no laboral [por ejemplo, intereses y dividendos].)

También se puede obtener información directamente de: (a) los empleadores actuales y anteriores, sobre sueldos y salarios y (b) las instituciones financieras, sobre ingresos no laborales (por ejemplo, intereses y dividendos). Tengo entendido que la información sobre ingresos obtenida de estas fuentes se empleará para verificar la información proporcionada por mí, con el fin de determinar mi idoneidad para participar en los programas de asistencia para conseguir vivienda y el monto de los beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento solamente autoriza la divulgación de información directamente de los empleadores y las instituciones financieras por cualquier periodo de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.

Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que el HUD o la HA soliciten y obtengan información sobre mis ingresos de las fuentes citadas en este formulario con el fin de verificar mi idoneidad y el monto de los beneficios de conformidad con los programas de asistencia para vivienda del HUD. Tengo entendido que las HA que reciban información sobre mis ingresos por medio del presente formulario de consentimiento no pueden emplearla para denegar, reducir o suspender la asistencia sin efectuar primero una verificación independiente del monto correspondiente, si realmente tuve acceso a los fondos y cuándo se recibieron. Además, se me debe dar la oportunidad de refutar esas determinaciones.

Este formulario de consentimiento se vence 15 meses después de firmarlo.

Firmas:

_____	_____		
Jefe de familia	Fecha		
_____		_____	_____
No. del seguro social (si existe) del jefe de familia		Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Cónyuge	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otro familiar mayor de 18 años	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otro familiar mayor de 18 años	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado para acopiar esta información en virtud de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937 (Sección 1437 *et seq.* del Título 42 del Código de los EE.UU.), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Sección 2000d del Título 42 del Código de los EE.UU.) y la Ley de Vivienda Justa (Sección 3601-19 del Título 42 del Código de los EE.UU.). La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (Sección 3543 del Título 42 del Código de los EE.UU.) exige que los solicitantes y participantes presenten el número de seguro social de cada familiar mayor de seis años de edad. Finalidad: El HUD usa la información sobre sus ingresos y otra información acopiada para determinar su idoneidad, el tamaño apropiado de las habitaciones y el monto que pagará su familia por alquiler y servicios públicos. Otros usos: el HUD usa la información sobre su ingreso familiar y otra información acopiada para ayudar a administrar y supervisar los programas de vivienda realizados con asistencia de ese organismo, proteger el interés financiero del Gobierno o verificar la exactitud de la información proporcionada. Esta información puede divulgarse a entidades federales, estatales y locales idóneas, cuando proceda, y a investigadores y fiscales encargados de tramitar casos civiles y penales y asuntos normativos. De lo contrario, la información no se revelará ni divulgará fuera del HUD, excepto en los casos permitidos o exigidos por la ley. Sanción: Usted debe proporcionar toda la información solicitada por la HA, incluso el número de seguro social que tengan o usen usted y todos los demás familiares mayores de seis años de edad. Es obligatorio dar el número de seguro social de todos los familiares mayores de seis años de edad; su omisión afectará su idoneidad. La omisión de cualquier parte de la información solicitada puede hacer que se demore o demogue la aprobación de su solicitud por razones de idoneidad.

Sanciones por el uso indebido del presente formulario de consentimiento:

El HUD, la HA y cualquier propietario (o empleado del HUD, la HA o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso indebido de la información acopiada con el presente formulario de consentimiento.

El uso de la información acopiada con el formulario HUD-9886 se limita a los fines citados en el mismo. Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, solicite, obtenga o revele información de manera fraudulenta sobre un solicitante o participante puede estar sujeta a acusación por delito menor y a imposición de una multa máxima de \$5,000.

Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede iniciar una acción civil por *daños y perjuicios* contra el oficial o funcionario del HUD, la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o del uso indebido, o buscar otra indemnización por parte de ellos, según proceda.

Este documento es traducción de un documento jurídico expedido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), el cual proporciona esta traducción solamente a modo de conveniencia para que le ayude a usted a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés es el documento oficial, legal y que rige. Esta traducción no constituye un documento oficial.

INFORMACION DE INGRESOS DE LA FAMILIA

8. Enumere la fuente y la cantidad de todos los ingresos esperado para los próximos 12 meses para los miembros del hogar que vienen en la unidad y que tengan 18 años de la edad o de adelante, incluyéndose.

Véase los ejemplos abajo de fuentes diferentes de ingresos:

Ingresos por empleo – Ingresos por empleo de uno mismo – Todo Tipo de Seguro Social – Ingresos por ayuda estatal - Ayuda Temporal De Ayudar A Las Familias (TANF) - Asistencia General (SAGA) - Desempleo – Pensión - Pensión Alimenticia - Otras fuente del Salario

Nombre de los Miembros de Familia	Fuente de Ingresos	Cantidad \$	Frecuencia – Per ²
Jefe de Hogar			<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-Mensual
			<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-Mensual
			<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-Mensual
			<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-Mensual
			<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-Mensual

9. ¿Tiene usted cuentas corrientes, o cuentas de ahorros o pose algún Certificado de Depósito, acciones, escrituras, etc.? Si No
 De ser Si, describa el tipo de activo(s): _____
 Cuál es el valor comercial de los activos? _____
10. ¿Posee Usted cualquier propiedad inmobiliaria (bienes raíces)? Si No
 De ser Si, favor de indicar la dirección? _____
11. ¿Ha dispuesto usted o algún miembro de la familia de alguna clase de activos o bienes raíces en los últimos dos años por menos del precio del mercado? Si No
 De ser Si favor de indicar la dirección? _____

² Once all income are known and verified, convert income to an annual figure by multiplying:

Hourly wages by the number of hours worked per year (2,080 for fulltime employment with 40 hours a week and no overtime:

Weekly wages by 52:

Semi-monthly wages (paid twice each month) by 24; and

Bi-weekly wages (paid every other week by) by 26)

PARA FAMILIAS QUE TENGAS CASTOS EXPCIONALES DE \$2,000 OR MAS ANUALMENTE

(Favor De Proveer Recibos Al Tiempo De Entrevista)

12. Es el jefe del hogar de edad 62 años o el esposo(a) o habrá algún familiar incapacitado? Si No

De ser Si, Favor De contestar las siguientes preguntas. Der ser NO, favor de contestar las preguntas desde el #16.

13. Tiene la familia algunos gastos medicos (que incluyen, seguros medicos, deducciones del programa de Medicare, visitas a doctores, hospitals, clinicas, medicinas, terepias, asrticulos, transportacion medica)? Si No

De ser Si, favor describirnos el tipo de gasto (no su condicion medica) Y la cantidad que queda sin ser reembolsado que usted gasta mensualmente en todos sus gastos medicos:

Tipo de Gasto: _____

Gasto Medicos mensuales:\$ _____

Nombre, direccion y, numero telefonico de alguna persona que pueda verificar estos gastos: _____

14. Tiene algun gasto para cuidado de algun miembro incapacitado de la familia para que un adulto pueda trabajar Si No

De ser Si, Favor de describir el gasto mensual y la cantidad: _____

Nombre, direccion y, numero telefonico de alguna persona que pueda verificar estos gastos: _____

15. Tiene la familia gastos para el cuidado de ninos menores de 13 anos para que un adulto de la familia pueda trabajar, ir a la escuela o atender a alsun entrenamiento? Si No

De ser Si, Nombre, direccion, y numero telefonico del proveedor del cuidado del nino:

Cantidad de gasto mensual que no es reembolsado: \$ _____

16. Hay algun miembro de la familia mayor de 18 anos; aparte de jefe de hpgar o esposo que es un estudiante de tiempo completo Si No

De ser Si, favor de proveernos el Nombre, direccion, y numero telefonico de alguna person que pueda verificar esta informacion: _____

17. Tiene el jefe de hogar o esposo(a) una condicion de incapacidad? Si No

De ser Si, Favor de proveernos el Nombre, direccion, y numero telefonico de alguna persona que pueda verificar esta informacion: _____

Yo/nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud son veridicas, al major de mi/nuestro conocimiento y de mi/nuestra creencias y se entiende que seran comprobados. Yo/nosotros autorizamos el lanzamiento de la informacion a HANH a traves de mi/nuestro patrono(s), el Departamento de Asistencia Publica, la administracion de seguro social, y/o otras agencias de negocios o agencia gubernamentales. Yo/nosotros entendemos que cualquier declaracion falsa hecha en esta solicitud me/nos descalificar para la admission.

Jefe De Hogar

Fecha

Co-Jefe De Hogar

Fecha

Sect. 1001 of Title 18 of the United States Code makes it a criminal offense to knowingly make false statements or misrepresent to any Department or Agency of the United States to any matter within its jurisdiction and has established penalty of fines up to \$100, 000 and/or imprisonment not to exceed 5 years.

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACIÓN

El propósito: La Autoridad de Vivienda de la Ciudad de New Haven (HANH) y El departamento de Envoltura y Desarrollo Urbano (HUD) puede utilizar esta autorización y la información obtenida, para administrar e imponer las reglas y las regulaciones que gobiernan sus programas de envoltura.

Autorización: Yo autorizo la liberación de cualquier información (incluyendo la documentación y otros materiales) pertinente a la elegibilidad para o para la participación bajo cualquiera de los programas siguientes: Vivienda Publica y la Asistencia de Renta de Sección 8.

Yo Autorizo HANH y HUD obtener información acerca de mí o mi familia que es pertinente a la elegibilidad o la participación en los programas de asistencia de vivienda.

La información Cubrirá: Información obtenida puede ser acerca de: los Gastos del Cuidado de Niño, la Historia del Crédito, el Registro Criminal, la Composición de la Familia, el Empleo, los Ingresos, las Pensiones, y las Ventajas, Beneficios local, Federal, o del Estado, los Gastos de Ayuda por Incapacitado, la Identidad y la Posición Marcial, los Gastos Médicos, los Números del seguro social, la Historia de vivienda y residencias.

Los individuos, las Organizaciones o las Agencias que pueden liberar información: Cualquier individual, organización o agencia incluyendo gubernamental puede liberar información. Por ejemplo, la información se puede solicitar de: el Banco y Otra Institución financiera; Empleadores – Pasado y Presente; Propietarios; Proveedores de: Pensión, el Cuidado de Niño, Apoyo de Niño, el Crédito, Ayuda par Incapacidad, el Cuidado y las Pensiones Médicos/ las Anualidades; las Escuelas y los Colegios, los Refugios, los EE.UU. La Administración de la Seguridad Social, los EE.UU. El Departamento de Asuntos de Veteranos, las Agencias del Desempleo, las Compañías de la Utilidad y Agencias de Bienestar.

La computadora que Empareja y Nota: Estoy de acuerdo que la agencia denominada puede conducir la computadora emparejar los programas con otras agencias gubernamentales incluyendo: Federal, el Estado o las agencias locales. Las agencias gubernamentales incluyen: los EE.UU. La Oficina de la Dirección Personal, los EE.UU. La Administración de la Seguridad Social, los EE.UU. El Departamento de la Defensa, los EE.UU. El Servicio Postal, las Agencias de la Seguridad del Empleo del Estado, el Bienestar del Estado y Agencias de Sello de Alimento. El igual se utilizará para verificar información suministrada por la familia.

Las condiciones: Estoy de acuerdo que las fotocopias de esta autorización se pueden utilizar para el propósito indicado arriba. Si yo no firmo esta Autorización, yo entiendo también que mi ayuda de envoltura se puede negada o puede ser terminada.

Jefe del Hogar

Firma

Fecha

Otro Adulto

Firma

Fecha

Otro Adulto

Firma

Fecha

Certificación del inquilino para uso exclusivo de HANH

Presentación de información veraz y completa

El que suscribe certifica que toda la información presentada ante la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de New Haven respecto de la composición del hogar, ingresos, activos familiares netos y elementos para asignaciones y deducciones es veraz y completa a su leal saber y entender.

Información sobre los ingresos/composición del grupo familiar

El que suscribe comprende que debe notificar por escrito a su asistente social de la Autoridad de Vivienda dentro de los 14 días de producido el cambio, en caso de que la condición actual de los ingresos del hogar se modificare por doscientos dólares (\$200,00) o más por mes y/o hubiere modificaciones en la composición del grupo familiar cuando una persona se *mude* a la unidad o la abandone.

Visitas

Se permiten las visitas a una unidad de vivienda conforme al Procedimiento de visitas de HANH, siempre que las mismas no cuenten con un historial previo de conductas en las instalaciones de HANH que constituyan una violación al contrato de alquiler.

En todas las instalaciones de HANH, un invitado no podrá alojarse en una unidad durante más de 14 días en un periodo de doce meses.

No se permiten las residencias o asistencias duplicadas

El que suscribe certifica que la casa o departamento será su principal residencia y que no obtendrá otra Asistencia federal para la vivienda mientras permanezca inscripto en este programa. El que suscribe no subalquilará su residencia asistida. Comprende que debe brindar un aviso adecuado a la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de New Haven sobre su intención de desocupar su vivienda subsidiada.

Colaboración

El que suscribe tiene conocimiento de que se requiere su colaboración para presentar toda la información necesaria a fin de determinar su elegibilidad, nivel de beneficios o verificar la veracidad de sus circunstancias. La colaboración incluye asistir a reuniones/inspecciones programadas y completar y firmar los formularios necesarios. El que suscribe comprende que su incumplimiento en este aspecto podrá resultar en demoras, rescisión del contrato de alquiler y de la asistencia.

Acciones penales y administrativas por falsa información

El que suscribe comprende que la entrega consciente de información falsa, incompleta o imprecisa está penada por la ley penal federal y/o estatal. Asimismo, comprende que la entrega consciente de información falsa, incompleta o imprecisa constituye causa suficiente para extinguir la asistencia para la vivienda o el contrato de alquiler.

El que suscribe comprende que el incumplimiento de todo lo mencionado en la presente solicitud podrá resultar en su expulsión del Programa de viviendas públicas.

Jefe de hogar (Nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Empleado de HANH (Nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

El Artículo 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. tipifica como delito penal realizar falsas declaraciones ante todo Departamento o Entidad de los EE. UU. en relación a cuestiones dentro de su competencia y ha establecido una pena de multas de hasta \$100.000 y/o penas de prisión que no excedan los 5 años.

HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF NEW HAVEN

YOUR RIGHT TO REQUEST ACCOMMODATIONS OF DISABILITY

Las personas con incapacidades tienen el derecho de pedir comodidades razonables

Las leyes federales proporcionan los derechos y protecciones específicas de asegurar la igualdad de oportunidades para las personas con incapacidades. HANH hará comodidades razonables en nuestras reglas, políticas, prácticas, o servicios, incluyendo modificaciones a nuestros apartamentos de vivienda cuando tales comodidades son necesarias a una persona con incapacidades dar oportunidades de igualdad para utilizar y gozar de su vivienda, o participará igualmente adentro o tendrá acceso a los programas y de los servicios de cubierta de HANH

¿Cómo pedir una comodidad por alguna incapacidad?

La forma de HANH el "Request for Accommodation fo Disability" provee la información y las autorizaciones necesarias. Esta forma está disponible en todas las oficinas de HANH. HANH facilitará ayuda si es necesario para llenar el formulario.

Usted debe recibir una respuesta escrita a su petición en el plazo de 30 días. Si HANH no puede tomar una decisión a su petición dentro de ese plazo, o si HANH requiere verificación adicional, HANH le notificará por escrito.

HANH requerirá la verificación a su petición

HANH requiere las verificaciones siguientes a su petición para las comodidades razonables de incapacidades a su médico o de otro médico que usted ha autorizado para este fin.

- Verificación que la solicitante es una persona con incapacidades.
- Verificación que hay una relación directa entre la naturaleza de las incapacidad de la persona y la comodidad solicitada.
- Verificación que la comodidad es necesaria para que la persona tenga igualdad de oportunidades de utilizar y de gozar de su vivienda, o participar igualmente adentro o tener acceso a los programas y a los servicios de cubierta de HANH.

HANH ha establecido una forma para la "verificación de la petición de comodidad" que su doctor o médico autorizado debe utilizar para proporcionar la verificación. Esta forma está disponible en todas las oficinas de HANH. La aprobación de las peticiones razonables de la comodidad dependerá de la verificación y los estándares específicos que se detallan en la forma. Usted puede someter cartas de su doctor, favor de observar que las cartas del doctor no incluyen a menudo las verificaciones específicas requeridas para las comodidades razonables y, en la mayoría de los casos, no requerirán la verificación adicional de los estándares proporcionados.

Coordinador de HANH para la solicitud de las comodidades razonable es:

De tener alguna pregunta o de necesitar alguna información adicional sobre su solicitud esta petición de comodidad, usted puede comunicarse con la coordinador de HANH:

Teena Bordeaux
360 Orange Street, New Haven, CT 06511
Phone: (203) 498-8800 ext. 1507
Fax: (203) 497-8728
Email: tbordeaux@hanh-ct.org

Solicitud – Exención del alquiler mínimo de \$50

Para familias que actualmente pagan el alquiler mínimo de \$50.00:

Las familias con un ingreso anual inferior a \$2,500 pagarán el alquiler mínimo de \$50.00. Todas las familias que pagan un alquiler mínimo deben ser informadas de la Exención del alquiler mínimo y la posibilidad de quedar exentas del alquiler mínimo. Todos los residentes que pagan un alquiler mínimo, salvo los ancianos y las personas con discapacidades, deben ser referidos al Programa de Autosuficiencia Familiar.

Si una familia no puede pagar el alquiler mínimo debido a una dificultad financiera, la familia puede ser elegible para una exención temporal o a largo plazo del pago del alquiler mínimo. El alquiler mínimo se puede eximir una vez durante un período de doce meses. Este límite no se aplica a las familias de ancianos y discapacitados. Las familias pueden recibir esta exención más de una vez durante un período de doce meses, siempre y cuando al menos un adulto participe en el Programa de Autosuficiencia Familiar. La Autoridad de Vivienda de la Ciudad de New Haven (HANH) suspenderá el requisito de alquiler mínimo durante 90 días a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que se reciba esta solicitud.

Una familia queda automáticamente exenta del alquiler mínimo durante 90 días cuando ocurra lo siguiente:

1. Cuando la familia haya perdido la elegibilidad o esté esperando una determinación de elegibilidad de un programa de asistencia local, estatal o federal.
2. Cuando la familia esté a punto de ser desalojada por no poder pagar el alquiler mínimo.
3. Cuando los ingresos de la familia hayan disminuido por distintas circunstancias, que incluyen la pérdida del empleo, el fallecimiento u otras circunstancias.
4. Otras circunstancias que la HANH determine como motivos para eximir el requisito de alquiler mínimo.

Mientras se revise la solicitud de exención del alquiler mínimo, la HANH no ordenará el desalojo por la falta de pago del alquiler.

En los casos de exención a largo plazo del alquiler mínimo (más de 90 días), el alquiler mínimo se suspende inmediatamente hasta que el Comité de Dificultades se reúna para determinar si la dificultad es temporal o a largo plazo, e implemente una recomendación.

Si se determina que la exención del alquiler mínimo de \$50 es temporal, usted tendrá derecho a llegar a un acuerdo de pago razonable con la HANH por el monto del alquiler mínimo suspendido.

La familia que no pueda asistir a la reunión debido a una discapacidad puede solicitar una adaptación razonable. Póngase en contacto con Teena Bordeaux llamando al 203-498-8800, ext. 1507.

Solicitud – Exención del alquiler mínimo

Marque “Sí” o “No”

- € Sí, deseo solicitar la Exención del alquiler mínimo
- € No, no deseo solicitar la Exención del alquiler mínimo

Complete los siguientes datos:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Motivo:

Nombre del Representante de la HANH:

DECLARACIÓN DE NINGUN INGRESO



Fecha: _____ Mez de Recert: _____

Nombre De Participante: _____ NSS: _____ - _____ - _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____

Karen DuBois-Walton
Executive Director

Usted es un solicitante o participante en un programa de ayuda de vivienda fondada federalmente. Favor de proporcionar la información requerirá a nuestra oficina personalmente o vía el correo en el sobre estampado, auto dirigido y encerrado tan rápidamente como posible para evitar la demora de sus beneficios en el programa de Sección 8 Vivienda Publica Otro programa patrocinados. Si usted tiene cualquiera pregunta, por favor de llamar _____ al (203) 498-8800, Ext. _____.

NOTICIA: ESTE FORMULARIO TIENE QUE NOTARISADA

Yo, _____, juro y confirmo que yo

NO tengo ingreso. Esto incluye pero no es limitado a ingreso de cualquier de lo siguiente:

1. Los sueldos, la Ayuda Estatal (TANF, GR, etc.), el Seguro Social, SSI, etc.;
2. El Apoyo del niño, la Pensión, regalos monetarios regulares de la familia o amigos, etc.;
3. Las ventajas (hogares, las acciones, etc.; la propiedad puede ser heredada);
4. Ingresos de Interese de Ahorros, Cuenta Correntie, el Club de la Navidad y otras cuentas bancarias, IRA's, los Certificados de depósito, los Fondos del mercado monetario, Acreditan las Uniones, etc.;
5. Bonos de E.U., las Acciones o Vincula de cualquier tipo;
6. Las pensiones, las Anualidades, los Fondos de la Jubilación, etc. (Esto incluye los beneficios que usted puede recibir de beneficiario de un plan de seguros de vida o jubilación);
7. Los Seguros de vida enteros;
8. La Propiedad de bienes raíces, el Crédito Ganado de Impuesto de renta, etc.;
9. El entierro Trama; y/o
10. **CUALQUIER OTROS INGRESOS** (incluye puntas, la propiedad vendió, el cuido de niños, etc.)

Firma de Solicitante/Participante _____ Fecha _____

Subscribed and sworn to before me, a Notary Public, in and for County of

_____ and State of Connecticut, on

this _____ day of _____, 20_____.

AFFIX SEAL HERE

Notary Public Signature _____

My Commission Expires _____

Housing Authority of the City of New Haven's Elm City Communities
360 Orange Street, P.O. Box 1912, New Haven, CT 06511
(203) 498-8800 • TTD (203) 497-8343 • www.newhavenhousing.org

WARNING! Title 18, Section 1001 of the United States Code, states that a person who knowingly and willingly makes false fraudulent statements to any department or agency of the United States Government is guilty of a felony.

Notificación de solicitud de baja del Programa
«Cupones para Elección de Vivienda conforme
al Art.8»



Karen DuBois-Walton
Executive Director

El que suscribe, _____, desea dar de baja su nombre del Programa
«Cupones para Elección de Vivienda conforme al Art.8» (HCV), perteneciente al Jefe de hogar
_____.

Actualmente, el que suscribe reside en _____.

El que suscribe tiene la intención de que la presente notificación se haga efectiva en forma inmediata. Adjunto encontrará su contrato de arrendamiento (que incluye el nombre del arrendador y el número de contrato), una factura de servicios públicos u otra documentación a fin de verificar el nuevo domicilio del que suscribe.

Firma

Fecha

Estado de Connecticut

Condado de _____, a saber. Pueblo\Ciudad _____

A los _____ días del mes de _____ del año 20_____.

Notario público

_____ La persona cuyo nombre figura en el presente Instrumento ha comparecido personalmente

ante mí y ha reconocido ser quien ha celebrado el mencionado instrumento en virtud del propósito mencionado en él.

En fe de lo cual, firmo el presente.

Housing Authority of the City of New Haven's Elm City Communities
360 Orange Street, P.O. Box 1912, New Haven, CT 06511
(203) 498-8800 • TTD (203) 497-8343 • www.newhavenhousing.org

Firma del Notario público

Mi matrícula vence