



Pre-Solicitud de Chandler División de Viviendas y Desarrollos

Completa por favor la solicitud y vuelva a la ciudad de Chandler de Viviendas Publicas. El direccion es Mail Stop 101, P.O Box 4008 Chandler, AZ 85244-4008. Aplicaciones incompletas serán devuelto.

Marque el programa que usted está solicitando: Programa de Viendas Publicas

1 INFORMACIÓN DEL PRINCIPAL DE CASA:

(Apellido, Sr./Jr. Etc.): _____ Nombre: _____ Inicial _____

Seguro Social: -- Fecha de nacimiento: --

Numero de teléfono: -- Numero de teléfono alterno: --

Sexo: Masculino Femenina Edad: 62 Anos o mayor

Necesita una vivienda accesible para incapacitados? Si No

¿Qué tipo de vivienda accesible necesita usted? sordo/a Movilidad Vista Otro

Domicilio de Correo:

Calle/PO Box: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Domicilio Físico:

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

2 Información de Composición Familiar: Lista a cada persona que vivirá en el apartamento asistido.

	Apellido	Nombre	I	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Seguro Social
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

Si usted tiene más de 8 miembros en el hogar Marque por favor aquí Liste los nombres adicionales en otro pedazo de papel

For office use only:

Number of bedrooms: 1 2 3 4 5 elderly 1 elderly 2 Verificado Por _____ Fecha _____

3 INFORMACIÓN DE INGRESOS

Cual es son los ingresos mensuales (antes de impuestos) de todo los miembros de su hogar: \$ _____

Trabaja usted en la ciudad de Chandler? Si NO

Fuentes de ingresos: _____

4 OPORTUNIDADES IGUALES

Se solicita que la información siguiente cumpla con exigencias de igualdad de oportunidades y asegure que ninguna discriminación ocurre. Su respuesta no afectará su selección para el programa. Por favor marque la caja apropiada.

Raza del principal de casa: Isleño Pacífico Afroamericano Caucásico
 Amerindio Asiático

Pertenencia étnica del principal de la casa: Hispano No Hispano

5 HISTORIA CRIMINAL

Ha sido usted o cualquier miembro de su casa en esta aplicación alguna vez sido detenido por cualquier actividad criminal o actividad criminal relacionada? Si No

Si sí, por favor declare que miembro de su casa, las fechas, cargas, ciudad y estado: (quien, que, cuando y donde)

Tienen o cualquier otro miembro de casa recibió la ayuda de alojamiento anterior? Si No

Sí sí, lista quien, donde y cuando:

6 PREFERENCIAS DE CASA

La División de Viviendas Publica seleccionará familias basadas en las preferencias locales siguientes dentro de cada categoría de tamaño de dormitorio: Por favor compruebe cualquiera de los siguientes que se aplican a su casa: Todos los artículos comprobados serán verificados antes de que la ayuda sea ofrecida.

Persona (s) Desplazada: los Individuos o las familias desplazadas por la acción de administración municipal o cuya vivienda ha sido extensivamente dañada o destruida a consecuencia de un desastre declarado o por otra parte formalmente reconocido de acuerdo con Leyes de Alivio de desastre Federales.

Viviendo o trabajando en la ciudad de chandler: los Candidatos deben residir o trabajar dentro de la Ciudad de Chandler. Los candidatos deben contribuirse hacia gastos de casa y deben ser físicamente empleados por unnegocio dentro de la Ciudad de Chandler.

Personas Trabajadoras: los Candidatos con un miembro de familia adulto se matricularon en un programa de formación de empleo, actualmente de 20 horas por semana, o asisten a la escuela en completa. Esta preferencia también es ampliada igualmente a todas las familias mayores y todas las familias cuya cabeza o el cónyuge reciben ingresos basados en su inhabilidad de trabajar.

Ninguno de lo de arriba



AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION

Yo _____ por este medio dé mi permiso a la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler para obtener la información independiente sobre mí y mi familia para la determinación de la elegibilidad, el nivel apropiado de alojar ventajas y conveniencia en el Alojamiento de Estados Unidos y el Desarrollo Urbano ha asistido a programas de alojamiento. Expresamente, autorizo la liberación de la información de:

- Bancos y Otras Instituciones Financieras
- Oficinas de Crédito
- Tribunales
- Patrones Corrientes y Antiguos
- Propietarios Corrientes y Antiguos
- Medicina y/o Instalaciones de Tratamiento de Alcohol (limitado con la instalación que tiene la causa razonable de creer al candidato es contratado actualmente en el uso ilegal de sustancia controlada)
- Abastecedores Médicos
- el Centro de Información de Delito Nacional, Departamentos de Policía, y otras agencias de aplicación de la ley
- Abastecedores de: Pensión alimenticia, Puericultura, Apoyo de Niño, Ayuda de Invalidez y Asistencia Médica
- Escuelas y Colegios
- Administración de Seguridad Social estadounidense
- Departamento estadounidense de Asuntos Veteranos
- Compañías de Utilidad
- Otro: _____

Estoy de acuerdo que la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler puede usar fotocopias de esta autorización de acompañar sus peticiones de la información. Entiendo que la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler solicita documentos para verificar la elegibilidad, y el nivel de ventajas y conveniencia bajo HUD ha asistido a programas de alojamiento, incluso fuentes de ingresos y activos, salarios y reclamaciones de paro, información de declaración de renta, identificación y composición de la casa, alojando la historia. La División de Reurbanización y Alojamiento de la ciudad de Chandler reconoce que la responsabilidad al grado proporcionado según la ley protege la información que esto recibe en la determinación de la elegibilidad del participante / del candidato para alojar la ayuda. Esta forma es válida durante doce (12) meses de la fecha de la firma del candidato/participante.

Firma de candidata/participante	Fecha	<input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> Seguro Social
Firma de otro miembro de familia sobre la edad de 18	Fecha	<input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> Seguro Social
Firma de otro miembro de familia sobre la edad de 18	Fecha	<input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> Seguro Social
Firma de otro miembro de familia sobre la edad de 18	Fecha	<input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> Seguro Social

Authorization for the Release of Information/ Privacy Act Notice

to the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD)
and the Housing Agency/Authority (HA)

U.S. Department of Housing
and Urban Development
Office of Public and Indian Housing

PHA requesting release of information; **(Cross out space if none)**
(Full address, name of contact person, and date)

City of Chandler
Housing and Redevelopment
Mail Stop 101
P.O. Box 4008
Chandler, AZ 85244

IHA requesting release of information: **(Cross out space if none)**
(Full address, name of contact person, and date)

Authority: Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993. This law is found at 42 U.S.C. 3544.

This law requires that you sign a consent form authorizing: (1) HUD and the Housing Agency/Authority (HA) to request verification of salary and wages from current or previous employers; (2) HUD and the HA to request wage and unemployment compensation claim information from the state agency responsible for keeping that information; (3) HUD to request certain tax return information from the U.S. Social Security Administration and the U.S. Internal Revenue Service. The law also requires independent verification of income information. Therefore, HUD or the HA may request information from financial institutions to verify your eligibility and level of benefits.

Purpose: In signing this consent form, you are authorizing HUD and the above-named HA to request income information from the sources listed on the form. HUD and the HA need this information to verify your household's income, in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. HUD and the HA may participate in computer matching programs with these sources in order to verify your eligibility and level of benefits.

Uses of Information to be Obtained: HUD is required to protect the income information it obtains in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD may disclose information (other than tax return information) for certain routine uses, such as to other government agencies for law enforcement purposes, to Federal agencies for employment suitability purposes and to HAs for the purpose of determining housing assistance. The HA is also required to protect the income information it obtains in accordance with any applicable State privacy law. HUD and HA employees may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of the income information that is obtained based on the consent form. **Private owners may not request or receive information authorized by this form.**

Who Must Sign the Consent Form: Each member of your household who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the household or whenever members of the household become 18 years of age.

Persons who apply for or receive assistance under the following programs are required to sign this consent form:

- PHA-owned rental public housing
- Turnkey III Homeownership Opportunities
- Mutual Help Homeownership Opportunity
- Section 23 and 19(c) leased housing
- Section 23 Housing Assistance Payments
- HA-owned rental Indian housing
- Section 8 Rental Certificate
- Section 8 Rental Voucher
- Section 8 Moderate Rehabilitation

Failure to Sign Consent Form: Your failure to sign the consent form may result in the denial of eligibility or termination of assisted housing benefits, or both. Denial of eligibility or termination of benefits is subject to the HA's grievance procedures and Section 8 informal hearing procedures.

Sources of Information To Be Obtained

State Wage Information Collection Agencies. (This consent is limited to wages and unemployment compensation I have received during period(s) within the last 5 years when I have received assisted housing benefits.)

U.S. Social Security Administration (HUD only) (This consent is limited to the wage and self employment information and payments of retirement income as referenced at Section 6103(1)(7)(A) of the Internal Revenue Code.)

U.S. Internal Revenue Service (HUD only) (This consent is limited to unearned income [i.e., interest and dividends].)

Information may also be obtained directly from: (a) current and former employers concerning salary and wages and (b) financial institutions concerning unearned income (i.e., interest and dividends). I understand that income information obtained from these sources will be used to verify information that I provide in determining eligibility for assisted housing programs and the level of benefits. Therefore, this consent form only authorizes release directly from employers and financial institutions of information regarding any period(s) within the last 5 years when I have received assisted housing benefits.



Chandler Arizona
Where Values Make The Difference

PETICIÓN DE ALOJAMIENTO RAZONABLE

Este es un aviso importante. Por favor hágalo traducir.

Este es un aviso importante. Sírvase mandarlo traducen.

ESTA FORMA ESTÁ DISPONIBLE EN FORMATO ALTERNATIVO SOBRE PETICIÓN

Nombre: _____ Seguro social # --

Domicilio: _____ Teléfono: --

Soy una persona con una invalidez como definido por uno o varios de lo siguiente: un daño físico o mental que considerablemente limita una o varias actividades de vida; o un registro de tener tal daño; o es considerado como tener tal daño.

Si no soy la persona con una invalidez, el miembro siguiente de mi casa tiene una invalidez como definido encima

Nombre: _____

Relación a usted (p.ej niño, padre) _____

A consecuencia de esta discapacidad, solicito el alojamiento razonable siguiente para mi casa:

Esta petición del alojamiento razonable es necesaria de modo que yo/ellos pueda:

Autorizo la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler para verificar que tengo o alguien en mi casa tiene una discapacidad y tenemos la necesidad del alojamiento razonable que he solicitado. A fin de verifica esta información el COCHRD puede ponerse en contacto con el médico siguiente, el psiquiatra, el psicólogo autorizado, la enfermera especialista licenciada, licenció a trabajador social, profesional de rehabilitación, o agencia de servicio no médica cuya función debe proporcionar servicios al experto minusválido, u otro en el campo de _____.

Nombre: _____ **Título de profesional experto:** _____

Agencia/Clínica/Instalación: _____

domicilio _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Entiendo que la información obtenida por el COCHRD será guardada completamente confidencial y usada únicamente para hacer una determinación por mi petición de alojamiento razonable

Por este medio verifico que la susodicha información es verdadera y exacta que yo sepa

Nombre

Firma

Fecha

Mailing Address:
Mail Stop 101, PO Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

City of Chandler Housing and Redevelopment Division
www.chandleraz.gov
Ph. 480-782-3200 ♦ Fax 480-782-3220

Office Location:
265 East Buffalo Street
Chandler, AZ 85225



RE: NOTIFICACIÓN DE LISTA DE ESPERA

Querido candidato:

Gracias por solicitar Alojamiento de Ayuda con la Ciudad de División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler. Su aplicación ha sido aceptada y será examinada para la determinación preliminar de la elegibilidad. Si usted encuentra nuestras exigencias de elegibilidad, su aplicación será colocada en nuestra lista de espera en la fecha siguiente y tiempo sellado encima para los programas de alojamiento siguientes:

- Programa de Sección 8
- Viviendas Publicas

Esto es nuestro deseo de proveerle del alojamiento seguro, decente, y sanitario. La Ciudad de Chandler y la División de Reurbanización y Alojamiento reconoce que la responsabilidad al grado proporcionado según la ley protege la información que esto recibe en la determinación de la elegibilidad del candidato/participante para alojar la ayuda.

¡Advirtiendo! El título 18, la Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, declara que una persona es culpable de un crimen para las sabiendas y con mucho gusto fabricación de declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

He leído y soy consciente del siguiente:

1. Mi aplicación ha sido presentada.
2. No recibiré la ayuda inmediata. Mi para esperar antes del alojamiento puede ser ofrecido estará en todas partes a partir de unos meses a más largo que un año. Las Preferencias de Casa ofrecidas por las autoridades de alojamiento afectarán mi esperar la ayuda.
3. Las Autoridades de Alojamiento me colocarán en la lista de espera y más tarde verificarán toda la información en mi aplicación.
4. Esto es mi responsabilidad de asegurar que todos los cambios en esta aplicación, incluso cambios de dirección, miembros de casa e ingresos deben ser relatados por escrito. Ningunos cambios telefónicos serán aceptados. El fracaso de relatar cambios por escrito causará el retiro de la lista de espera.
5. Si mi aplicación es quitada de la lista de espera, tendré que volver a aplicar cuando la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler acepta aplicaciones.
6. Mi aplicación para alojar ayuda puede ser negada debido a actividad criminal o deudas a otras autoridades de alojamiento de cualquier miembro de casa.
7. Esta aplicación no obliga la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler a proporcionar el alojamiento tampoco esto me obliga a aceptar la ayuda de alojamiento.

Juro realmente por este medio y certifico que toda la información encima sobre mi casa y mí es verdadera y correcta. Entiendo que el que he proporcionado cualquier información falsa causará mi aplicación anulada o negado o en la terminación de mi ayuda de alojamiento. Declaro bajo la pena del perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de Arizona que la información contenida en esta aplicación de hechos es verdadera, correcta y completa.

Firma de principal de Casa _____
Fecha

Firma de esposo/a _____
Fecha

Si una persona además del candidato/participante completa esta aplicación, por favor firme y complete el siguiente.

Nombre de Letra	Firma	Relación de candidato
Dirección	Ciudad estado código postal	Teléfono