

**IDAHO HOUSING AND FINANCE ASSOCIATION
SOLICITUD PRELIMINAR PARA OBTENER ASISTENCIA CON LA RENTA**

(PRELIMINARY APPLICATION FOR RENTAL ASSISTANCE)

Complete en tinta y en letra de molde – Las solicitudes incompletas serán regresadas

Ayuda completando este documento puede ser provista, si la solicita, a cualquier persona que requiere acomodación especial

Los programas de Asistencia con la Vivienda de la Sección 8 de la Asociación de Vivienda y Finanzas de Idaho (IHFA): Comprobante, Unificación Familiar y Renta Baja de la Vivienda Pública, son maneras de ayudarle con los gastos de la renta. Estos programas le pueden ayudar a vivir en un lugar mejor. Los programas de asistencia con la vivienda pagan una parte de su renta mensual.

Usted puede calificar si su ingreso anual bruto no se pasa de la guía de ingresos de HUD. **REGRESE LA SOLICITUD A:**

**IDAHO HOUSING AND FINANCE ASSOCIATION
390 W. Sunnyside
Idaho Falls, Idaho 83402
(208) 522-6002 ó llame gratis al (866) 684-3756**

PARA EL USO DE IHFA

IHFA Representative _____

Date _____ Time _____
 Section 8 Public Housing (LRPH)
PREFERENCE
 Working Preference (PH Only)
 Terminal Family/Eld/Disabled
 No Preference
OTHER: Family Unif.
 Pref. _____

Esta solicitud no le obliga, en ninguna manera, a participar en los programas de asistencia con la vivienda. Los fondos del programa de asistencia con la vivienda son limitados, así que por favor complete esta solicitud y envíela a IHFA tan pronto como le sea posible. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al número indicado arriba.

Nombre _____ Teléfono # _____ Número para Mensajes # _____
 Dirección para el correo _____ Ciudad Estado Código Postal Condado _____

COMENZANDO CON USTED, ANOTE A CADA PERSONA QUE VIVE O SE ESPERA QUE VIVA EN SU HOGAR
Usted TIENE que anotar los números del seguro social de todos los miembros del hogar

Primer Nombre, Inicial del 2° Nombre., Apellido	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Discapacitado Sí o No	Edad	Sexo	Número de Seguro Social	Ingreso Anual
	YO						

¿Estará alguien mudándose dentro o fuera de su hogar dentro de los próximos 12 meses? Sí No
 ¿Está usted actualmente viviendo o está planeando vivir en una unidad que le pertenece a un pariente? Sí No

La Cabeza del Hogar es:
 Blanco – no de origen hispano Negro/Afro-americano Hispano
 Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Hawaiano nativo/Otro isleño del Pacífico

HISTORIAL CRIMINAL

¿Hay alguien en su hogar que es un ofensor sexual registrado en Idaho o en cualquier otro estado? Sí No
 ¿Ha sido usted, o un miembro de su hogar mencionado arriba, arrestado o convicto de alguna actividad criminal relacionada con drogas? Sí No
 Si sí, ¿qué miembro del hogar? _____ ¿Cuál fue el cargo? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En dónde? _____
 ¿Ha sido usted, o un miembro de su hogar mencionado arriba, arrestado o convicto de alguna actividad criminal violenta? Sí No
 Si sí, ¿cuál miembro del hogar? _____ ¿Cuál fue el cargo? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En dónde? _____

PREVIA ASISTENCIA CON LA VIVIENDA

¿Ha usted participado en un programa de asistencia con la vivienda o ha sido residente de una Vivienda Pública? Sí No, Si sí, ¿dónde?
 Autoridad de la Vivienda _____ Ciudad _____ Estado _____
 Fechas de la residencia: de _____ hasta _____
 ¿Bajo qué nombre recibió la asistencia con la renta? _____
 ¿Ha sido alguna vez expulsado de alguna vivienda pública o en donde ha recibido asistencia con la vivienda? Sí No **Si sí, ¿por qué?**

SELECCIÓN DE PREFERENCIAS :

Los participantes elegibles son asignados un lugar en la lista de espera basado en su preferencia y en la fecha y la hora en que se recibió la solicitud. Los solicitantes pueden reclamar que califican para una preferencia cuando llenan esta PRE-SOLICITUD o después, hasta que la asociación provee asistencia. Sin embargo, antes de proveer asistencia a un solicitante que reclama una preferencia, la IHFA debe primero verificar de que el solicitante califica para la preferencia que reclamó.

Todas las preferencias requieren verificación. La verificación toma lugar después de que su nombre ha llegado al principio de la lista. Cuando llegamos a su nombre en la lista de espera nosotros le avisaremos de que venga a la oficina y llene la solicitud formal. ES SU RESPONSABILIDAD DE AVISARLE A LA OFICINA SOBRE CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN, POR ESCRITO. SI NO RESPONDE O SI REGRESAN SU CORREO, SERÁ REMOVIDO DE LA LISTA DE ESPERA Y TENDRÁ QUE SOLICITAR DE NUEVO.

Por favor marque todas las frases que aplican a su situación actual en su hogar, pero sólo marque las preferencias del programa (la Sección 8 ó la Vivienda Pública) para el cual está solicitando asistencia:

PREFERENCIAS PARA LA SECCIÓN 8:

_____ Un miembro del hogar tiene una enfermedad terminal, que un médico considera que está en las últimas etapas (esto debe ser verificado por un médico cuando se llegue a su nombre en la lista de espera.)

_____ Es un hogar que un niño o más (bajo la edad de 18 años o discapacitado)

Un hogar en donde la cabeza, la co-cabeza o el único miembro del hogar es:

___ De edad avanzada: Una persona que tiene por lo menos 62 años de edad -o-

___ Está discapacitado: Una persona que está discapacitada se define en la Sección 223 del Acta del Seguro Social (42 U.S.C. 423) o la Sección 102(7)(b) de la Asistencia con las Discapacidades del Desarrollo y del Acta de la Declaración de Derechos (42 U.S.C. 6001(7) o en donde se ha determinado que la persona tiene daño físico, mental o emocional y se espera que sea de largo plazo y por duración indefinida; que impide en gran manera la habilidad de vivir independientemente y que es tal su naturaleza que la habilidad de vivir independientemente puede mejorar bajo condiciones de vivienda más convenientes.

_____ Por el momento no califico para ninguna preferencia

IHFA también mantiene una lista de espera para los siguientes proyectos. Por favor márkuelos si también desea estar en estas listas de espera:

_____ Vivienda Pública localizada en Kellogg, Idaho (unidades de una habitación)

_____ Vivienda Pública localizada en Idaho Falls, Idaho (unidades de dos, tres y cuatro habitaciones)

PREFERENCIAS PARA LA VIVIENDA PÚBLICA:

_____ Enfermedad Terminal (esto debe ser verificado por un médico cuando se llegue a su nombre en la lista de espera.)

_____ Preferencia de Trabajo (SÓLO PARA LA VIVIENDA PÚBLICA). Los solicitantes que:

_____ están o han trabajado por lo menos noventa (90) días trabajando por lo menos veinte (20) horas a la semana con ingresos comprobables; o

_____ están registrados en un programa de preparación para trabajar, de autosuficiencia, aprobado por la IHFA; o

_____ son de edad avanzada (mayores de 62 años de edad); o

_____ tienen una condición de discapacidad y no pueden trabajar y están recibiendo ingresos como resultado de esa condición.

_____ Por el momento no califico para ninguna preferencia

Yo reclamo que califico para una preferencia como se indica arriba. Certifico que la información dada a la Asociación con respecto a la preferencia, a los ingresos y a la composición del hogar es correcta y completa en lo mejor de mi conocimiento y creencia. Advertencia: El Título 18 de la Sección 1001 del Código de los Estados Unidos declara que una persona es culpable de un crimen si a sabiendas y por voluntad propia da falso testimonio o un testimonio fraudulento a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos.

TODOS los miembros del hogar mayores de 18 años de edad deben firmar.

Firma del Solicitante _____

Fecha _____

Firma del Co-Solicitante _____

Fecha _____

Otros miembros del hogar mayores de 18 años de edad:

Firma _____

Fecha _____

Firma _____

Fecha _____