

PREAPP # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_

**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): Voucher, Unificación Familiar y Renta Baja de la Vivienda Pública, son una manera 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**  
844 Washington Street North, Suite 300  
Twin Falls, Idaho 83301

(208) 734-8531 or Toll Free (866) 234-3435

**PARA EL USO DE IHFA**

IHFA Representative \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_  
( ) Section 8 ( ) Public Housing  
**PREFERENCE**  
( ) 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 2º 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, ¿cuál 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.

**Por favor marque todas las que aplican a su situación actual del hogar:**

\_\_\_\_\_ 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 incluye uno o más niños (bajo la edad de 18 años de edad 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

Los participantes pueden reclamar que califican para tener una preferencia cuando llenan esta PRESOLICITUD y a cualquier hora de allí en adelante hasta que se reciba la asistencia de la Asociación de Vivienda y Finanzas de Idaho. Sin embargo, antes de emitir la asistencia a una solicitud que reclama una preferencia, la IHFA debe primero verificar que el solicitante califica para dicha preferencia.

Todas las preferencias requieren verificación. La verificación toma lugar después de que su nombre ha llegado hasta arriba de la lista de espera. Cuando llegamos a su nombre en la lista de espera le notificaremos para que venga y llene la solicitud formal. **ES SU RESPONSABILIDAD DE DEJARLE SABER A LA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN, POR ESCRITO. SI USTED NO RESPONDE, O SI SU CORREO REGRESA, USTED SERÁ REMOVIDO DE LA LISTA DE ESPERA Y TENDRÁ QUE APLICAR DE NUEVO.**

**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)

**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 \_\_\_\_\_

Si usted necesita ayuda para traducir este documento, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina. Un intérprete puede ser proporcionada sin costo para usted.

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

**SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING**

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

**Instructions: Optional Contact Person or Organization:** You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

<b>Applicant Name:</b>											
<b>Mailing Address:</b>											
<b>Telephone No:</b>	<b>Cell Phone No:</b>										
<b>Name of Additional Contact Person or Organization:</b>											
<b>Address:</b>											
<b>Telephone No:</b>	<b>Cell Phone No:</b>										
<b>E-Mail Address (if applicable):</b>											
<b>Relationship to Applicant:</b>											
<b>Reason for Contact:</b> (Check all that apply) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emergency</td> <td><input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> unable to contact you</td> <td><input type="checkbox"/> Change in lease terms</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> termination of rental assistance</td> <td><input type="checkbox"/> Change in house rules</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eviction from unit</td> <td><input type="checkbox"/> Other: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Late payment of rent</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process	<input type="checkbox"/> unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms	<input type="checkbox"/> termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules	<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Late payment of rent	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process										
<input type="checkbox"/> unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms										
<input type="checkbox"/> termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules										
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____										
<input type="checkbox"/> Late payment of rent											
<b>Commitment of Housing Authority or Owner:</b> If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.											
<b>Confidentiality Statement:</b> The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.											
<b>Legal Notification:</b> Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.											

Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

**Signature of Applicant**

**Date**

the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

**Privacy Statement:** Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.

Form HUD- 92006 (05/09)