**Devonshire Apartments- Programa de vales basado en proyectos**

Tenga en cuenta: Esta solicitud **NO** es para el programa Housing Choice Voucher-HCV (Sección 8). Esta aplicación ES para Devonshire Apartments-Project Based Voucher Program. El Programa de Vales Basados en Proyectos es una forma de vivienda en la que vivirá una unidad que tiene asistencia de alquiler proporcionada por la Autoridad de Vivienda. Este proyecto se limita a unidades específicas disponibles designadas por la Autoridad de Vivienda y HUD.

**Marque esta casilla si es una persona con una discapacidad y necesita ayuda para leer o completar este formulario. Usted tiene el derecho de pedirle a la Autoridad de Vivienda que haga una adaptación razonable para usted. Para hacer tal solicitud, comuníquese con la Autoridad de Vivienda al (530) 671-0220 o TTY (866) 735-2929 o 711. Este documento está disponible en formatos alternativos.**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**El estándar de ocupación para Devonshire es**

**2 BR ------- 1-6 Personas**

**3 BR ------- 3-8 Personas**

**Este es nuestro estándar de ocupación normal. Las excepciones a la norma anterior se pueden hacer como una adaptación razonable para un miembro de la familia discapacitado.**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE (JEFE DE HOGAR)**

APELLIDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SEX : HOMBRE MUJER

**CÓNYUGE/CO-JEFE**

APELLIDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEXO : MASCULINO FEMENINO

**ATRIBUTOS DE LA FAMILIA:**

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_INGRESO ANUAL $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE HABITACIONES SOLICITADAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSICIÓN H OUSEHOLD** | | | | | | | | |
| Haga una lista de todos, incluido usted mismo, los niños / adultos de crianza temporal y los asistentes residentes que son necesarios para el cuidado de un miembro de la familia. Recuerde enumerar a todos los que vivirán en el hogar. Si necesita más espacio, continúe en la parte posterior de este formulario. Usted (el solicitante / jefe de hogar) debe estar en la 1ª línea. | | | | | | | | |
|  | Apellido | Primero | Me | Número de Seguro Social | Relación con la cabeza | Sexo (M/F) | Fecha de nacimiento | Edad |
| 1 |  |  |  |  | Cabeza |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**¿Hay adultos en el hogar sujetos a un requisito de registro de por vida bajo un programa estatal de registro de delincuentes sexuales? SÍ NO**

**En caso afirmativo, sírvase enumerar y explicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PREFERENCIA**

Por favor, indique TODAS las categorías de preferencia que se relacionan con su hogar. PARA RECIBIR PREFERENCIA POR CUALQUIERA DE LAS CASILLAS MARCADAS A CONTINUACIÓN, **DEBE PROPORCIONAR UNA PRUEBA POR ESCRITO, LAS PREFERENCIAS NO SE AGREGARÁN HASTA QUE SE HAYA RECIBIDO LA DOCUMENTACIÓN.** LAS PREFERENCIAS SE PUEDEN ACTUALIZAR EN CUALQUIER MOMENTO DESPUÉS DE HABER SIDO COLOCADO EN LA LISTA DE ESPERA COMPLETANDO UN FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE LA SOLICITUD. NO PERDERÁ UNA PREFERENCIA UNA VEZ QUE HAYA SIDO VERIFICADA.

Vivir/Trabajar/Ancianos/Discapacitados en la Ciudad de Colusa

Vivir/Trabajar/Ancianos/Discapacitados en el Condado de Colusa

Un miembro del hogar es una persona de servicio o un veterano

Solicitantes sin hogar en la jurisdicción de RHA

**RECOPILACIÓN DE DATOS DE LISTA DE ESPERA (Esta información es solo** para fines estadísticos de HUD)

**ES EL JEFE O CÓNYUGE CO/HEAD** (Marque los que sean aplicables)

CASI ANCIANOS (DEFINIDOS COMO AL MENOS 50 AÑOS DE EDAD, PERO MENORES DE 62 AÑOS)

ANCIANOS (DEFINIDOS COMO AL MENOS 62 AÑOS DE EDAD)

DESHABILITADO

**ES SU FAMILIA** (Marque cualquiera que sea aplicable)

DESPLAZADO (DEFINIDO COMO UNA FAMILIA EN LA QUE CADA MIEMBRO ES UNA PERSONA DESPLAZADA POR UNA ACCIÓN GUBERNAMENTAL O UNA PERSONA CUYA VIVIENDA HA SIDO AMPLIAMENTE DAÑADA O DESTRUIDA COMO RESULTADO DE UN DESASTRE).

PERSONAS SIN HOGAR (DEFINIDAS COMO UNA FAMILIA QUE CARECE DE UNA RESIDENCIA NOCTURNA FIJA, REGULAR Y ADECUADA, LO QUE SIGNIFICA: TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA QUE ES UN LUGAR PÚBLICO O PRIVADO QUE NO ESTÁ DESTINADO A LA HABITACIÓN HUMANA, O VIVE EN UN REFUGIO)

**RACE/ETHNICITY: Su** información es confidencial y solo se utiliza con fines de presentación de informes gubernamentales para supervisar el cumplimiento de las leyes de igualdad de oportunidades. Tenga en cuenta que la autoidentificación de la raza / etnia es voluntaria.

Categorías étnicas (seleccione solo una):  No hispano o latino  hispano o latino

Carrera (Seleccione una o más):

Indio americano o nativo  de Alaska asiático  negro o afroamericano

Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico  Blanco  Otro

**ACCESIBILIDAD**

¿Usted o algún miembro de su familia requiere alguna característica de accesibilidad? (Seleccione uno o más.)

Sí, Acceso auditivo  Sí, Acceso movilidad

Sí, Sight Access  No, I/We no requiere ninguna función de accesibilidad.

**DECLARACIÓN DE ÉTICA**

HUD requiere que todos los posibles inquilinos y empleados proporcionen la siguiente información:

¿Tiene una relación comercial o personal con algún empleado actual (o pasado) o miembro de la junta de la Autoridad Regional de Vivienda?  No Sí-Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Yo / Entendemos que Yo / Nosotros debemos proporcionar verificación de que estamos calificados para una preferencia y esto debe ser por mi / nuestro estado en el momento en que se nos ofrece asistencia de vivienda. Además, entiendo que si yo / nosotros no calificamos para la preferencia en el momento en que a mi / nuestro hogar se le ofrece vivienda, mi / nuestro estado de preferencia será retirado y mi / nuestra solicitud será devuelta al lugar apropiado en la lista de espera.

Yo / Nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta Aplicación son fieles a lo mejor de mi / nuestro conocimiento y creencia y entendemos que para fines de verificación las consultas deben ser realizadas por la Autoridad de Vivienda.

**ADVERTENCIA 18 U.S.C. 1001 establece que quien a sabiendas y voluntariamente haga o use un documento o escrito que contenga una declaración o entrada falsa, ficticia o fraudulenta de cualquier manera dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos será multado o encarcelado por no más de 5 años, o ambos.**

**La Ley de Empleo y Vivienda Justa de California prohíbe la discriminación en la vivienda sobre estas mismas bases, así como el género, la identidad de género, la expresión de género, la orientación sexual, el estado civil, la ascendencia, la fuente de ingresos y la información genética.**

**Las quejas de discriminación se pueden presentar ante el Departamento de Empleo Justo y Vivienda de California en** [**www.dfeh.ca.gov**](http://www.dfeh.ca.gov)**, o la Oficina de Vivienda Justa e Igualdad de Oportunidades de HUD en www.hud.gov**

**TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR DEBEN FIRMAR A CONTINUACIÓN**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_ \_**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor, devuelva las solicitudes completas firmadas a:**

**Rha**

1455 Butte House Road, Ciudad de Yuba, CA 95993

Teléfono: (530) 671-0220, Línea gratuita: (888) 671-0220

TTY: (866) 735-2929, Fax: (530) 673-0775

reception@regionalha.org