**Maple Park I- 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 Maple Park I Apartments-Project Based Voucher Program. El Programa de Vales Basados en Proyectos es una forma de vivienda en la que vivirá una unidad que cuenta con 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 usted es una persona con 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 dicha 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 Maple Park I es**

**[ ]  2 BR- 3-6 Personas** **[ ]  3 BR------ 5-8 Personas**

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

**NOMBRE DEL SOLICITANTE (CABEZA DE FAMILIA)**

APELLIDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRIMER \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO: [ ]  MASCULINO [ ]  FEMENINO

**ESPOSO(A) /CO-SOLICITANTE**

APELLIDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRIMER \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

SEXO: [ ]  MASCULINO [ ]  FEMENINO

**ATRIBUTOS DE LA FAMILIA:**

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **HCOMPOSICIÓN DE OUSEHOLD** |
| Haga una lista de todos, incluidos usted, niños / adultos de crianza temporal y asistentes internos que sean 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/cabeza de familia) debe estar en la 1ª línea.  |
|  | Apellido | Primero | ME | Número de Seguro Social | Relación con la cabeza | Sexo (H/M) | Fecha de nacimiento | Edad |
| 1 |   |   |   |   | Cabeza |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |   |   |   |

**¿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, por favor enumere y explique \_\_ \_**

**PREFERENCIA**

Por favor, indique TODAS las categorías de preferencias 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 SE HAYA VERIFICADO.

[ ]  Vivir / Trabajo / Ancianos / Discapacitados en la ciudad de Live Oak

[ ]  Vivir/Trabajar/Ancianos/Discapacitados en el Condado de Sutter

[ ]  Un miembro de la familia es una persona de servicio o veterano

[ ]  Solicitantes sin hogar en la jurisdicción de RHA

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

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

[ ]  CERCA DE ANCIANOS (DEFINIDOS COMO AL MENOS 50 AÑOS, PERO MENORES DE 62 AÑOS)

[ ]  ANCIANOS (DEFINIDOS COMO AL MENOS 62 AÑOS)

[ ]  DESHABILITADO

**ES SU FAMILIA** (Marque los que correspondan)

**[ ]** 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 DAÑADA O DESTRUIDA COMO RESULTADO DE UN DESASTRE).

**[ ]** PERSONAS SIN HOGAR (YA SEA: TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA QUE ES UN LUGAR PÚBLICO O PRIVILEGIADO QUE NO ESTÁ DESTINADO A LA HABITACIÓN HUMANA, O VIVE EN UN REFUGIO)

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

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

Raza (Seleccione una o varias):

[ ]  Indio americano o nativo de Alaska [ ]  asiático [ ]  negro o afroamericano

[ ] Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico [ ]  Blanco [ ]  otro

**ACCESIBILIDAD**

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

[ ]  Sí, Acceso auditivo [ ]  Sí, Acceso a la movilidad

[ ]  Sí, de vista [ ]  No, yo/nosotros no requerimos 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 directiva de la Autoridad Regional de Vivienda? [ ]  No [ ]  Sí-En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Yo/Nosotros entendemos que yo/Nosotros debemos proporcionar verificación de que estamos calificados para una preferencia y esto debe 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/a nuestra familia se le ofrece vivienda, mi/nuestra preferencia será retirada y mi/nuestra solicitud será devuelta al lugar apropiado en la lista de espera.

Yo/Nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta Solicitud son verdaderas a mi leal saber y entender y entendemos que para fines de verificación las consultas deben ser realizadas por la Autoridad de Vivienda.

**LA ADVERTENCIA 18 U.S.C. 1001 establece que quienquiera que a sabiendas y voluntariamente haga o use un documento o escrito que contenga declaraciones o entradas falsas, ficticias o fraudulentas 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 por discriminación pueden presentarse ante el Departamento de Empleo y Vivienda Justa 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**RHA**

1455 Butte House Road, Yuba City, CA 95993

reception@regionalha.org