



LAREDO HOUSING AUTHORITY
Serving. Collaborating. Empowering.

Housing Authority of the City of Laredo
2000 San Francisco Ave., Laredo, TX 78040
Voice (956) 722-4521 Fax (956) 722-6561
E-Mail Address: liph@larha.org
TTY / TDD 1-800-735-2989

Solicitud Preliminar para Asistencia de Viviendas Pública

Información del Jefe del Hogar

Date and Time of Application (For Agency Use)

Apellido

Nombre

Inicial

Número del Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad

Código Postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

Celular

Miembros de la familia adicionales. Total de miembros de familia _____

Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Edad	Estudiante/ Empleo

1. alguna de las personas que ocuparán la unidad necesita de algo en especial relacionado con discapacidad? Sí / No

2. Tiene usted algún pariente trabajando para Laredo Housing Authority? Sí / No

En caso afirmativo, favor de proveer el nombre y el departamento _____

Etnica: Hispano/Latino No Hispano/Latino Afro-Americano

Raza: Blanco Asiático Nativo de Hawaii / Nativo de

India Americano/ Nativo de Alaska otras Islas del Pacífico

Fuentes de Ingreso de la Familia

Favor de marcar los que aplican y anotar la cantidad.	Cantidad
<input type="checkbox"/> Trabajo	
<input type="checkbox"/> Trabajo por propia cuenta	
<input type="checkbox"/> Seguro Social Suplemental	
<input type="checkbox"/> Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Pensión	
<input type="checkbox"/> Desempleo	
<input type="checkbox"/> Manutención de Niños	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias necesitadas	
<input type="checkbox"/> Suplemento Alimenticio	
<input type="checkbox"/> Otro tipo del Ingreso	

Su respuesta a la siguiente declaracion va a ayudar determinar su elegibilidad para la asistencia de renta y si es elegible para una preferencia cuando lo pongan en la lista de espera del programa. Seleccione la repuesta apropiada para las siguientes preguntas.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Familia Desprotegida |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Familia Desprotegida con Referencias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adulto Mayor, Discapacitado, y / o con Violencia Familiar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Veterano |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desplazado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Familia Temporalmente Desprotegida |

Antecedentes Penales

1. Algún miembro de la familia (independientemente de la edad) ha sido arrestado, acusado, o condenado dado alguna de las siguientes razones: Actividad criminal violenta, relacionado con alcohol, fabricación de metanfetaminas, posesión, venta, o distribución de drogas ilegales? Sí/ No

En caso afirmativo, explicar:

Enliste a (los) miembro(s) de familia que requieren registrarse como agresores sexuales:

Si es requerido favor de anotar teléfono y nombre del oficial a cargo del caso: _____

2. Durante los últimos 12 meses algún miembro de la familia ha participado en rehabilitación de drogadicción? Sí / No En caso afirmativo, explicar:

3. Algún miembro de la familia ha sido desalojado de asistencia federal para su familia durante los últimos 3 años? Sí No En caso afirmativo, explicar:

Asimismo, entiendo que el programa de Sección 8 solicitará información del expediente penal del delincuente a la junta de sistemas de antecedentes penales y realizará verificaciones y búsquedas en internet sobre todos los miembros de la familia mayores de 18 años. Todos los miembros de familia de 18 años o mayores deben revisar la información en esta forma, la forma de la Acta de Privacidad federal, y todos las firmas requeridas que DEBE de firmar para que se le considere para la asistencia.

Clausula de firma

Al firmar debajo, juro y certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y cierta. Entiendo que debo reportar cualquier cambio de ingreso, bienes, composición de familia, dirección, o número de teléfono a la agencia de Viviendas dentro de 10 días de el cambio. Al firmar, doy permiso a la Agencia de Viviendas a que verifique la información necesaria para determinar mi elegibilidad y oportunidad para la asistencia de vivienda. Entiendo que declarar en falso o omitir información son términos para negar la solicitud.

Entiendo que es mi responsabilidad responder a los requisitos y/o proporcionar la información requerida por la Agencia de Viviendas para determinar si continua para la asistencia.

Firma del Jefe de Familia

Fecha

Firma de esposa(o) o otro adulto

Fecha

ADVERTENCIA: LA SECCION 1001 DE TITULO 18 DEL CODIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS CONVIERTE EN DELITO PENAL HACER DECLARACIONES FALSAS INTENCION DE SU COMPETENCIA. SI LA INFORMACION SE INFORMO POR ERROR O SE OMITIO DE ESTE FORMULARIO, SE DETERMINARA QU LA FAMILIA ES INELEGIBLE AL MOMENTO DE LA SOLICITUD.

Si cree que discriminaron en su contra, puede llamar a Igualdad de oportunidad de Viviendas al número 1-800-669-9777 sin costo.



** LHA está en el proceso de adoptar pólizas nuevas. Las preferencias pueden cambiar.