



Housing Authority of the City of Laredo  
 2000 San Francisco Ave., Laredo, TX 78040  
 Voice (956) 722-0221 Fax (956) 753-4113  
 TTY / TDD 1-800-735-2989 email: hcvwaitinglist@larha.org



## Solicitud Preliminar de Vales de Elección de Vivienda (Sección 8)

### Informacion del Jefe del Hogar

Fecha y Tiempo de aplicacion (Para uso de Agencia)

Nombre de aplicante

Dirreccion

Cuidad

Codigo Postal

Numero del Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Telefono

Direccion de correo electronico

Etnicida:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  Afroamericano  
 Raza:  Blanco  Asiatico  Nativo de Hawaii / Nativo de otras Islas del Pacifico  Otra: \_\_\_\_\_

Miembros de la familia adicionales Total Miembros de Familia: \_\_\_\_\_

Apellido, Primer Nombre, Inicial	Fecha de Nacimiento	Edad y Genero	SSN	Ciudadanía o Elegibilidad

1. Alguna de las personas que ocuparan la unidad necesitan de algo en especial relacionado con discapacidad?  Si  No

2. Usted tiene algún pariente trabajando para Laredo Housing Authority?  Si  No

Si acaso si, por favor de el nombre y el departamento: \_\_\_\_\_

Fuentes de Ingreso de la Familia		Cantidad: Mensual
<input type="checkbox"/> Trabajo /Trabajo por propia cuenta	<input type="checkbox"/> Seguro Social / Suplemental / Pension	\$
<input type="checkbox"/> Desempleo / Otro tipo de Ingreso	<input type="checkbox"/> Manuntencion de Ninos / TANF / SNAP	\$

### Posible/Tentativa Elegibilidad y Preferencias

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

Si  No Familia desprotegida  Si  No Referencias de persona sin hogar  
 Si  No Veterano  Si  No Transitorio o Superacion Asistida  
 Si  No Familia de Tercera Edad, Familia Discapacitada, Violencia Doméstica  Si  Desplazado

### Clausula de firma

Al firmar debajo, juro y certifico que toda la informacion en esta aplicacion es verdadera y cierta. Entiendo que debo reportar cualquier cambio de ingreso, bienes, composicion de familia, direccion, o numero de telefono a la agencia de Viviendas dentro de 10 dias de el cambio. Al firmar, doy a la Agencia de Viviendas a que verifique la informacion necesaria para determinar mi elegibilidad y oportunidad para la asistencia de vivienda. Entiendo que falsa declaraciones o omitir informacion son terminos para negar la solicitud.

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

Firma de encabezado

Fecha

Firma de esposa(o) o otro adulto

Fecha

Advertencia: La Seccion 1001 de Titulo 18 delCodigo de los Estados Unidos convierte endelito hacer declaraciones falsas de su competencia Si la infomacion se informo por errro o se omitio de este formulatio, se determinara que la familia es inelegible al momento de la solicitud.

Si cree que descriminaron en su contra, puede llamar a Igualdad de oportunidad de Viviendas al numero nacional de gratis al 1-800-669-9777.