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: section8@larha.org

Solicitud Preliminaria para Russell Terrace PBV

Informacion del Jefe del Hogar

Fecha y Tiempo de aplicacion (Para uso de Agencia)

Apellido | **Nombre** | **Inicial**

Numero del Seguro Social | **Fecha de Nacimiento**

Direccion | **Ciudad** | **Codigo Postal**

Direccion de correo electronico | **Numero de telefono** | **Celular**

Miembros de la familia adicionales **Total Miembros de Familia: _____**

Apellido Nombre Inicial	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Genero	Edad	Estudiante

1. Alguna de las personas que ocuparan la unidad necesitara de algo en especial relacionado con una 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: _____

Etnico: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Afro-Americano

Raza: ☐ Blanco ☐ Asiatico ☐ Nativo de Hawaii / Nativo de otras Islas del Pacifico
☐ India Americano/ Nativo de Alaska

Fuentes de Ingreso de la Familia	
Favor de marcar los que applican y anotar la cantidad.	Cantidad; Anual, Mensual Bi-Semanal Semanal, Quincenal
☐ **Trabajo**	$;
☐ **Trabajo por propia cuenta**	$;
☐ **Seguro Social Suplemental**	$;
☐ **Seguro Social**	$;
☐ **Pension**	$;
☐ **Desempleo**	$;
☐ **Manuntencion de Ninos**	$;
☐ **Asistencia para familias necesitadas (TANF)**	$;
☐ **Suplemento Alimenticio (SNAP)**	$;
☐ **Otro tipo del Ingreso**	$;

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. Selecione la repuesta apropiada para las siguiente preguntas.

Si	No	
☐	☐	Familia desprotegida
☐	☐	Referencias de Personas Sin Hogar
☐	☐	Familia de Tercera Edad (62 Anos o Mayor), Discapacitada, y/o Violencia Domestica Familia
☐	☐	Veterano
☐	☐	Desplazado
☐	☐	Transitorio o Superacion Asistida

Antecedentes Penales

1. Algun 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, fabricacion de metanfetaminas, posesion, venta, o distribuicion de drogas illegales? ☐ Si ☐ No
   En caso afirmativo, explicar:
   _____
   Enliste a (los) miembro(s) de familia que requieren registrarse como agresores sexuales:
   Si es requerido favor de portar telefono y nombre del official a cargo del caso:_____
2. Durante los ultimos 12 meses algun miembro de la familia a participado en rehabilitacion de drogadiccion? ☐ Si ☐ No No En caso afirmativo, explicar:
   _____
3. Algun miembro de la familia ha sido desalojado de assistencia federal para su familia durante los ultimos 3 anos? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, explicar:
   _____

Asimismo, entiendo que el programa de Seccion 8 solicitara informacion del expendiente penal del delincuente a la junta de sistemas de antecedentes penales y realizara verificaciones y busquedas en internet sobre todos los miembros de la familia mayores de 18 anos. Todos los miembros de familia de 18 anos o mayores deben revisar la informacion en esta forma, la forma de la Acta de Privacidad federal, y todos las firmas requerdas que debe de firmar para que se le considere para la asistencia.

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

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

Uso de oficina solamente
Revisado por: _____
Aprovado por: _____