

個人聲明

任何有殘障或有其他醫療需求的個人如需獲得與本表格相關之調節，請通知三藩市住房管理局。

表格填寫說明：請用**圓珠筆**填寫本表格。請填寫所有的空白欄目。如有不適用，請填寫“無”（“NONE”）。所有成年家庭成員均須在本個人聲明中簽名，證明報告資訊的準確性。

1. 家庭成員。從戶主開始填寫，列出所有家庭成員。請填寫每個成員在他/她的社會安全卡或 INS 文件上使用的正確法定姓名。如果您需要更多紙頁，請添加紙頁：

姓名 姓, 名	與戶主的關係	出生 日期	性別	種族*	族裔*	殘障? (是/否)	社會安全號碼
	戶主		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 西裔 <input type="checkbox"/> 非西裔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 西裔 <input type="checkbox"/> 非西裔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 西裔 <input type="checkbox"/> 非西裔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 西裔 <input type="checkbox"/> 非西裔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 西裔 <input type="checkbox"/> 非西裔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 西裔 <input type="checkbox"/> 非西裔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 西裔 <input type="checkbox"/> 非西裔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

*提供這些資訊屬於自願性質。提供的資訊僅限用於統計目的。

郵寄地址: _____

城市

州

郵遞區號

電話: _____ 手機: _____ 電郵: _____

緊急聯繫人資訊：

姓名: _____ 關係: _____ 電話: _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____

2. 家庭資訊。請回答所有有關您家庭的問題。如果您需要更多紙頁，請添加紙頁：

a. 學生。請列出所有在上學或上大學的家庭成員。

學生姓名	學校名稱	全日制或 非全日制學生?	經濟資助?
		<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

b. 其他家庭資訊。請回答以下問題：

目前是否有任何家庭成員暫時或永久性地離開家? 是 否

如果回答“是”，請解釋：

是否有任何六歲以下的家庭成員血鉛水平高? 是 否

是否有任何家庭成員曾經在除三藩市住房管理局補貼住房之外的其他補貼住房內居住? 是 否

如果回答“是”，請解釋:

您是否經常有在家中過夜的客人或者每月在家中住兩晚以上的客人?..... 是 否

如果回答“是”，請列出客人的姓名並解釋原因:

是否有任何家庭成員被判犯有重罪?..... 是 否

如果回答“是”，請提供日期、指控、城市和州:

是否有任何家庭成員目前因重罪而被假釋或緩刑?..... 是 否

如果回答“是”，請提供日期和指控:

是否有任何家庭成員參與過任何重罪毒品活動?..... 是 否

如果回答“是”，請提供日期、指控、城市和州:

是否有任何家庭成員參與過製造冰毒?..... 是 否

如果回答“是”，請提供日期、指控、城市和州:

是否有任何家庭成員必須在州性犯罪者登記計劃上終生登記?..... 是 否

如果回答“是”，請解釋並提供事件發生日期:

是否有任何家庭成員目前正在受法院審理重罪案件?..... 是 否

如果回答“是”，請提供案件性質、日期、指控、城市和州:

是否有任何家庭成員的公民或移民身份發生變化?..... 是 否

如果回答“是”，請解釋:

3. 家庭收入和資產。 包括所有家庭成員接受或擁有的所有收入和資產。**註釋: 請提供雇主的完整郵寄地址，包括郵遞區號。**

a. 就業收入。 如果您需要列出兩個以上雇主，請添加紙頁。

家庭成員:	雇主名稱:	電話:	
完整的雇主地址, (包括郵遞區號):	毛收入:	<input type="checkbox"/> 每小時 <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月	每週小時數:
家庭成員:	雇主名稱:	電話:	
完整的雇主地址, 包括郵遞區號:	毛收入:	<input type="checkbox"/> 每小時 <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月	每週小時數:

b. 其他類型的家庭收入。 填寫所有空白欄目。如果資訊不適用，請填寫“無”(“none”)。

社安退休金 (本人)	\$ _____ 每月	TANF (現金援助)	\$ _____ 每月
社安退休金 (其他人)	\$ _____ 每月	糧食券	\$ _____ 每月
SSI	\$ _____ 每月	失業/殘障補助金	\$ _____ 每週
VA 退休金	\$ _____ 每月	教育補助金	\$ _____ 每月
其他退休金:	\$ _____ 每月	個體經營	\$ _____ 每月
子女撫養費			
<input type="checkbox"/> 通過加州			
<input type="checkbox"/> 通過以下州:			
<input type="checkbox"/> 以下機構直接支付:	\$ _____ 每月	其他	\$ _____ 每月

c. 財產。如果您對以下任何一項回答“是”，請在下面解釋。

- 您或任何家庭成員是否擁有或持有任何房屋、移動房屋或不動產的股權？ 是 否
- 您在過去的兩(2)年中是否出售過任何不動產？ 是 否
- 您是否擁有任何超過\$5,000的股票、債券或投資？ 是 否
- 您是否擁有超過\$5,000的支票賬戶？ 是 否
- 您是否擁有超過\$5,000的儲蓄賬戶？ 是 否
- 您是否擁有超過\$5,000的定期存款單(CD)？ 是 否

列出**任何家庭成員**擁有的所有銀行賬戶。(如果您需要列出三個以上賬戶，請添加紙頁):

家庭成員	賬號	銀行名稱和地址	當前餘額

d. 其他收入和財產

是否有家庭之外的任何機構或個人經常為您支付家庭開支或提供家庭用品？..... 是 否
如果回答“是”，請解釋:

您是否是任何**企業和/或不動產**的擁有人或共同擁有人？ 是 否

您的姓名是否在**任何車輛註冊卡**上列為擁有人或共同擁有人？..... 是 否
如果回答“是”，請列出每輛車的型號、年份和車牌號:

是否有任何家庭成員擁有**具有現金價值的人壽保單**(通常稱為“終身保險”)？ 是 否
誰? 現金價值\$ 保單號碼:
保險公司全稱/地址:

4. 家庭開支

您是否有家中幼年孩子的**幼兒看護費用**? 是 否
每月金額: \$ _____

如果回答“是”，請列出您的幼兒看護服務提供者的**全名和郵寄地址**:

您是否接受州政府的幼兒看護費用經濟援助? 是 否
每月金額: \$ _____

5. 資產處置

住房和城市發展部（HUD）要求公共住房機構核實租房援助的接受人在過去 24 個月內是否處置了任何資產。“處置”指處理、出售或贈送。資產包括但不限於：股票、債券、存單、貨幣市場基金、不動產資產淨值或其他資本投資、信託賬戶現金價值、IRA、Keogh 賬戶、公司退休或養老金賬戶繳款、一次性接受款項，例如遺產、資本收益、彩票獲獎、保險理賠、留作投資的個人財產（如寶石、珠寶、收藏硬幣、汽車、現金價值人壽保險單等）。

在過去的 24 個月（兩年）中，您或您的任何家庭成員是否曾經以低於市場價值的價格處置任何資產？

是，我 / 我們曾經處置資產。

否，我 / 我們沒有處置任何資產。

如果您曾經處置任何資產，請填寫以下欄目：

1. 處置的資產是什麼？ _____
2. 資產處置的日期是什麼？ _____
3. 資產處置時的價值是多少？ _____
4. 列出接受的實際資產金額： _____

6. 證明。

家中的所有成年人都必須在本聲明上簽名，證明所報告資訊的準確性。

提供真實和完整的資訊: 我證明，據我所知，提供的所有有關家庭人口、收入、家庭資產以及免稅額和扣減額資訊均準確完整。

報告收入或家庭人口變化: 我知道，我必須立即以書面形式報告任何收入和家庭人口變化。我明白有關客人/訪客的規則和規定，以及何時必須報告與我同住的任何人。

報告以前領取的住房援助: 我證明，我已經披露我以前領取的任何聯邦住房援助以及是否拖欠任何付款。我證明，如果我以前曾領取援助，我沒有進行任何欺詐、有意誤報任何資訊或違反租約搬出居住單元。

未接受重複居所或援助: 我證明，該居住單元將是我的主要住所，在我參加目前計劃的過程中，我不會重複獲取聯邦住房援助。我不會不向三藩市住房管理局發出書面通知就住到任何其他地方。我不會分租我的計劃援助居所。

合作: 我知道，我必須予以合作，提供所有確定我的資格、福利水平或核實我的真實情況所需的所有資訊。合作包括參加預先安排的會議以及填寫和簽署要求的表格。我明白不這樣做或拒絕這樣做可能導致延遲、終止援助或被逐出援助居所。

提供虛假資訊的刑事和行政處罰: 我明白，有意提供虛假、不完整或不準確的資訊將依照聯邦或州法受到懲罰。我明白，有意提供虛假、不完整或不準確的資訊構成終止住房援助或終止租房的理由。

警告！美國法典第 1001 節第 18 條指出，如果有意向美國任何部門或機構作出虛假或欺騙性陳述，則構成重罪。

我通過在下方的簽名在此起誓和證明，本表中報告的有關我和我的家庭的所有資訊均真實無誤，我已經閱讀並同意本表中包含的證明。我還明白，必須立即以書面形式向三藩市住房管理局報告所有家庭成員或收入變化。

戶主簽名

日期

配偶或其他成年人簽名

日期

其他成年人簽名

日期

其他成年人簽名

日期

醫療開支

如果戶主或配偶年滿 62 歲或以上或者一人有殘障，您可以填寫以下內容，要求在確定您的住房福利時考慮您的家庭醫療開支。所有年滿 18 歲及以上且有醫療開支的家庭成員均須在本表上簽名（如果需要考慮他們的醫療開支）。

HIPAA 披露健康資訊授權

我通過簽署本表授權下列醫療服務提供者向三藩市住房管理局 (SFHA) 提供要求提供的有關我的醫療費用的任何資訊。SFHA 只能將該資訊用於核查我接受住房援助的資格和/或金額的目的。

我明白，我有權向SFHA發出書面通知（地址 1815 Egbert Avenue, San Francisco, CA 94124），隨時撤銷本授權。我明白，只有在 SFHA 收到撤銷通知並記錄後才能生效。我明白，在撤銷授權之前根據本授權作出的任何使用或披露不受撤銷授權的影響。

除非我用書面通知的方法撤銷本授權，否則本授權將在六 (6) 個月後失效，從我在下方的簽名日期開始計算。

我明白，沒有我在本授權中的簽名，我的醫療服務提供者不能披露要求提供的資訊，我在本授權中簽名或拒絕簽名不會影響我接受醫療服務提供者治療的能力。

我明白，我有權收到一份本授權副本。我有權拒絕在本授權中簽名。我明白，存在依照本授權使用或披露的資訊被資訊接收者重新披露的可能性，且不再受聯邦法律的保護。

我已經審閱和明白本授權。

戶主簽名	用正楷填寫姓名	簽名日期
其他成年人簽名	用正楷填寫姓名	簽名日期

請列出您自付費用的所有醫療服務提供者，以便 SFHA 與之聯繫，核實您的家庭醫療開支。請勿列出保險支付全部服務費用或您不欠任何費用的醫療服務提供者。

開支類型:	您支付本項開支的服務提供者名稱	完整的郵寄地址	電話/傳真號碼	支付的金額 “自付”
<input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 處方藥/藥物 <input type="checkbox"/> 醫生/牙科/住院 <input type="checkbox"/> 輔助動物護理 <input type="checkbox"/> 其他				
<input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 處方藥/藥物 <input type="checkbox"/> 醫生/牙科/住院 <input type="checkbox"/> 輔助動物護理 <input type="checkbox"/> 其他				
<input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 處方藥/藥物 <input type="checkbox"/> 醫生/牙科/住院 <input type="checkbox"/> 輔助動物護理 <input type="checkbox"/> 其他				
<input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 處方藥/藥物 <input type="checkbox"/> 醫生/牙科/住院 <input type="checkbox"/> 輔助動物護理 <input type="checkbox"/> 其他				

如果您有更多的醫療服務提供者需要在此列出，請在附件中包含所有必需資訊。

公民身份或移民身份聲明

說明: 請為所有家庭成員填寫本表格。 18 歲及以上的家庭成員必須在表格有關自身的欄目中簽名。
家長或法定監護人必須為 18 歲以下的子女簽名。

用正楷填寫家庭成員姓名	選擇適當的方框:	簽名:	日期:
戶主 (正楷姓名):	<input type="checkbox"/> 美國公民 <input type="checkbox"/> 非公民, 具有合格移民身份。我明白, 我必須提供該家庭成員的合格身份文件。 是 <input type="checkbox"/> 選擇不認證他或她是公民或具有合格移民身份。我明白, 這可能會影響我的家庭接受的住房援助金額。 <input type="checkbox"/> 非公民, 沒有合格移民身份。	戶主簽名	日期
家庭成員 #2 (正楷姓名):	<input type="checkbox"/> 美國公民 <input type="checkbox"/> 非公民, 具有合格移民身份。我明白, 我必須提供該家庭成員的合格身份文件。 是 <input type="checkbox"/> 選擇不認證他或她是公民或具有合格移民身份。我明白, 這可能會影響我的家庭接受的住房援助金額。 <input type="checkbox"/> 非公民, 沒有合格移民身份。	這名家庭成員是否年滿 18 歲或以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”, 這名家庭成員必須在下方簽名。 如果回答“否”, 這名家庭成員的家長或監護人必須在下方簽名。 簽名	日期
家庭成員 #3 (正楷姓名):	<input type="checkbox"/> 美國公民 <input type="checkbox"/> 非公民, 具有合格移民身份。我明白, 我必須提供該家庭成員的合格身份文件。 是 <input type="checkbox"/> 選擇不認證他或她是公民或具有合格移民身份。我明白, 這可能會影響我的家庭接受的住房援助金額。 <input type="checkbox"/> 非公民, 沒有合格移民身份。	這名家庭成員是否年滿 18 歲或以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”, 這名家庭成員必須在下方簽名。 如果回答“否”, 這名家庭成員的家長或監護人必須在下方簽名。 簽名	日期
家庭成員 #4 (正楷姓名):	<input type="checkbox"/> 美國公民 <input type="checkbox"/> 非公民, 具有合格移民身份。我明白, 我必須提供該家庭成員的合格身份文件。 是 <input type="checkbox"/> 選擇不認證他或她是公民或具有合格移民身份。我明白, 這可能會影響我的家庭接受的住房援助金額。 <input type="checkbox"/> 非公民, 沒有合格移民身份。	這名家庭成員是否年滿 18 歲或以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”, 這名家庭成員必須在下方簽名。 如果回答“否”, 這名家庭成員的家長或監護人必須在下方簽名。 簽名	日期

繼續至下一頁

公民身份或移民身份聲明，第 2 頁

說明: 請為所有家庭成員填寫本表格。 18 歲及以上的家庭成員必須在表格有關自身的欄目中簽名。
家長或法定監護人必須為 18 歲以下的子女簽名。

用正楷填寫家庭成員	選擇適當的方框:	簽名:	日期:
家庭成員 #5 (正楷姓名):	<p>是</p> <p><input type="checkbox"/> 美國公民</p> <p><input type="checkbox"/> 非公民，具有合格移民身份。我明白，我必須提供該家庭成員的合格身份文件。</p> <p><input type="checkbox"/> 選擇不認證他或她是公民或具有合格移民身份。我明白，這可能會影響我的家庭接受的住房援助金額。</p> <p><input type="checkbox"/> 非公民，沒有合格移民身份。</p>	<p>這名家庭成員是否年滿 18 歲或以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果回答“是”，這名家庭成員必須在下方簽名。</p> <p>如果回答“否”，這名家庭成員的家長或監護人必須在下方簽名。</p> <p>簽名</p>	日期
家庭成員 #6 (正楷姓名):	<p>是</p> <p><input type="checkbox"/> 美國公民</p> <p><input type="checkbox"/> 非公民，具有合格移民身份。我明白，我必須提供該家庭成員的合格身份文件。</p> <p><input type="checkbox"/> 選擇不認證他或她是公民或具有合格移民身份。我明白，這可能會影響我的家庭接受的住房援助金額。</p> <p><input type="checkbox"/> 非公民，沒有合格移民身份。</p>	<p>這名家庭成員是否年滿 18 歲或以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果回答“是”，這名家庭成員必須在下方簽名。</p> <p>如果回答“否”，這名家庭成員的家長或監護人必須在下方簽名。</p> <p>簽名</p>	日期
家庭成員 #7 (正楷姓名):	<p>是</p> <p><input type="checkbox"/> 美國公民</p> <p><input type="checkbox"/> 非公民，具有合格移民身份。我明白，我必須提供該家庭成員的合格身份文件。</p> <p><input type="checkbox"/> 選擇不認證他或她是公民或具有合格移民身份。我明白，這可能會影響我的家庭接受的住房援助金額。</p> <p><input type="checkbox"/> 非公民，沒有合格移民身份。</p>	<p>這名家庭成員是否年滿 18 歲或以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果回答“是”，這名家庭成員必須在下方簽名。</p> <p>如果回答“否”，這名家庭成員的家長或監護人必須在下方簽名。</p> <p>簽名</p>	日期
家庭成員 #8 (正楷姓名):	<p>是</p> <p><input type="checkbox"/> 美國公民</p> <p><input type="checkbox"/> 非公民，具有合格移民身份。我明白，我必須提供該家庭成員的合格身份文件。</p> <p><input type="checkbox"/> 選擇不認證他或她是公民或具有合格移民身份。我明白，這可能會影響我的家庭接受的住房援助金額。</p> <p><input type="checkbox"/> 非公民，沒有合格移民身份。</p>	<p>這名家庭成員是否年滿 18 歲或以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果回答“是”，這名家庭成員必須在下方簽名。</p> <p>如果回答“否”，這名家庭成員的家長或監護人必須在下方簽名。</p> <p>簽名</p>	日期

如果您的家庭人口超過八個人，請複印本表格，列出其他家庭成員。

繼續至下一頁。閱讀並在以下表格中簽名 >

資訊授權披露

所有成年家庭成員必須閱讀本表格，並在本表格中簽名。

我在下方的簽名表示:

我/我們在此授權三藩市住房管理局及其工作人員與任何機構、來源、辦事處、團體或組織聯絡，索取任何被認為對於確定我參加本項計劃資格所需的資訊或資料。

一般資訊(即收入來源、資產、學校註冊及其他):

我/我們在此授權三藩市住房管理局及其工作人員與之接洽的任何和所有機構、來源、辦事處、團體或組織予以全面合作，並披露所有要求提供的資訊。

就業分部記錄:

另外，我/我們授權加州就業發展部向三藩市住房管理局披露在就業分部存檔的我的記錄中的資訊。

移民記錄:

本授權表亦在此同意，可由三藩市住房管理局向以下機構披露我的家庭成員的合格移民身份證明:

(1) 按照美國住房與城市發展部 (HUD) 的要求，向HUD披露此類資訊；以及 (2) 因核對移民身份目的向移民與歸化服務局(INS)提供此類資訊。HUD 僅限因確定經濟援助資格之目的向 INS 披露合格移民身份證明。

健康資訊:

如果我或我的配偶或另一名戶主是老年人或殘障人士，我還授權三藩市住房管理局與我因核實我的家庭醫療開支目的填寫的任何醫療服務提供者聯絡。

授權失效:

就獲取與健康相關的資訊以及醫療資訊的目的而言，除非由我本人以書面形式撤銷，否則本授權將在六 (6) 個月後失效。

就獲取健康和醫療資訊之外的其他資訊的目的而言，除非由我本人以書面形式撤銷，否則本授權不會失效。

本文件副本可用於上述任何和所有目的，與原件具有同等的效力。

家中所有成年人 (18 歲及以上) 必須簽名:

簽名	正楷姓名	日期
簽名	正楷姓名	日期
簽名	正楷姓名	日期
簽名	正楷姓名	日期

家庭責任聲明

根據三藩市住房管理局提供的租房援助計劃的規定，參加計劃的家庭必須履行家庭責任才能繼續參加本項計劃。違反任何家庭責任可能導致援助終止。家庭責任包括：

- 家庭必須提供公共住房管理局（PHA）或住房與城市發展部（HUD）認為需要提供的任何資訊，包括提交要求的公民身份或合格移民身份證明。
- 家庭必須提供 PHA 或 HUD 要求的用於定期安排的家庭收入和人口複查或臨時複查目的的任何資訊。
- 家庭必須披露和核實社會安全號碼，在索取資訊的同意表中簽名，並提交表格。
- 家庭提供的任何資訊必須真實和完整。
- 家庭必須對於任何家庭成員違反住房品質標準（HQS）負責，此類違反行為是因未支付租戶提供的公用事業或家用電器費用，或任何家庭成員或客人對居住單元造成超出正常磨損的損壞而造成。
- 家庭必須允許PHA在合理的時間和提前合理時間發出通知後檢查居住單元。
- 家庭不得有任何嚴重違反租約或反復違反租約的行為。
- 家庭必須在搬離居住單元或終止租約之前通知PHA 和住房擁有人。
- 家庭必須遵守有關向住房擁有人發出搬離書面通知的租約要求。家庭必須在通知住房擁有人的同時向 PHA 發出書面通知。
- 家庭必須將任何住房擁有人逐出通知副本及時送交給 PHA。
- 家庭必須將援助單元用於家人居住。該居住單元必須是家庭的唯一居所。
- 居住在居住單元內的接受援助的家庭人口必須獲得 PHA 的批准。家庭必須及時將新生兒出生、領養或法院判決的兒童監護情況向 PHA 發出書面通知。家庭如果在居住單元內增加任何其他家庭成員必須獲得 PHA 的批准。
- 如果任何家庭成員不再住在居住單元內，家庭必須及時向 PHA 發出書面通知。
- 家庭不得分租居住單元、轉讓租約或轉讓居住單元。
- 家庭必須提供 PHA 索取的核實家庭成員在居住單元內居住的任何資訊或與家庭離開居住單元相關的資訊。
- 如果家庭離開居住單元，必須及時通知PHA。
- 家庭必須支付公用事業賬單，並提供和維護按照租約不要求住房擁有人提供的任何家用電器。
- 家庭不得對居住單元擁有或具有任何產權（共管住房和活動房屋擁有人租賃部分活動房屋的情況除外）。
- 家庭成員不得從事於本項計劃相關的欺詐、賄賂或任何其他腐敗或犯罪活動。
- 家庭成員不得從事與毒品相關的犯罪活動或暴力犯罪活動或其他威脅居住在物業附近的其他居民和人士的健康、安全或和平享受生活權利的犯罪活動。
- 家庭成員不得因酗酒而威脅居住在物業附近的其他居民和人士健康、安全或和平享受生活的權利。
- 接受援助的家庭或家庭成員不得為同一套居住單元或另一套居住單元按照任何其他聯邦、州或地方住房援助計劃在接受另一項住房補貼的同時接受住房選擇券（HCV）或緊急住房券（EHV）計劃援助。
- 家庭居住在由任何家庭成員的父母、子女、祖父母、孫子女、兄弟姐妹擁有的居住單元內時不得接受 HCV/EHV 計劃援助，除非 PHA 已經決定（並已通知住房擁有人和此類決定的家庭成員）批准的居住單元租賃（儘管存在此類關係）可為殘障家庭成員提供合理的居所。

我在下方簽名表示，我已經閱讀和明白家庭責任。（所有年滿 18 歲及以上的成年人均須簽名）。

簽名	正楷姓名	日期
簽名	正楷姓名	日期
簽名	正楷姓名	日期

三藩市住房管理局語言/其他格式指定

三藩市住房管理局 (SFHA) 希望為所有客戶提供有效的交流和服務，其中包括英語能力有限的人士和殘障人士。本表格的目的是收集幫助我們更好地為您服務的資訊。

語言	
<input type="checkbox"/>	Mark this box if your household speaks English and does not require an interpreter for oral communication with the San Francisco Housing Authority (SFHA).
<input type="checkbox"/>	Mark this box if your household reads and writes English and does not require written translations of SFHA documents.
	<i>SFHA provides language services. Due to limited resources, all SFHA documents may not be available in your language preference. As an alternative, SFHA will provide an oral interpreter free of charge.</i>
<input type="checkbox"/>	如果您的家庭，在與三藩市住房管理局口頭溝通的全部過程中，要求有[廣東話]口譯員，請在此方框內標註。[Cantonese]
<input type="checkbox"/>	如果您的家庭，在與三藩市住房管理局口頭溝通的全部過程中，要求有[普通話]口譯員，請在此方框內標註。[Mandarin]
<input type="checkbox"/>	如果您的家庭，想要有書面翻譯成中文的三藩市住房管理局(SFHA)的文件，請在此方框內標註。
	<i>請注意，由於資源有限，三藩市住房管理局(SFHA)的所有文件，不可能都有您首選語言的版本。因此，三藩市住房管理局(SFHA)將提供免費的口譯員作為選擇。</i>
<input type="checkbox"/>	Установите этот флажок, если для Вашего домашнего хозяйства требуется переводчик для любого устного общения со специалистами SFHA.
<input type="checkbox"/>	Установите этот флажок, если для Вашего домашнего хозяйства требуются письменные переводы документов SFHA на.
	<i>Обратите внимание, что из-за ограниченных ресурсов не все документы SFHA могут быть доступны на предпочитаемом языке. В качестве альтернативы управление SFHA предоставит бесплатные услуги устного переводчика.</i>
<input type="checkbox"/>	Marque esta casilla si su familia requiere un intérprete al español para toda comunicación verbal con la Autoridad de Viviendas de San Francisco.
<input type="checkbox"/>	Marque esta casilla si su familia desea traducciones escritas de los documentos de SFHA al.
	<i>Debido a que los recursos están limitados, tenga en cuenta que es posible que no todos los documentos de SFHA estén disponibles en el idioma de su preferencia. Como alternativa, SFHA proveerá un intérprete verbal sin costo.</i>
<input type="checkbox"/>	Đánh dấu ô vuông nếu hộ gia đình của bạn cần một thông dịch viên cho tất cả những trao đổi bằng miệng với Sở Gia cư San Francisco.
<input type="checkbox"/>	Đánh dấu ô vuông nếu hộ gia đình của bạn muốn có bản dịch của những tài liệu của Sở Gia cư San Francisco (SFHA).
	<i>Vì tài nguyên giới hạn, không phải tất cả các tài liệu của SFHA đều có bản dịch. Để thay vào đó, SFHA sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí.</i>
<input type="checkbox"/>	Mark this box if your household speaks a language not listed above and requires an interpreter for oral communication with the San Francisco Housing Authority (SFHA). Please specify language here:
<input type="checkbox"/>	Mark this box if your household reads and writes a language not listed above and requires written translations of SFHA documents. Please specify language here:
	<i>SFHA provides language services. Due to limited resources, all SFHA documents may not be available in your language preference. As an alternative, SFHA will provide an oral interpreter free of charge.</i>

殘障人士輔助

盲文 大字體 手語 其他 (請具體指明):

三藩市住房管理局語言/其他格式指定

三藩市住房管理局 (SFHA) 希望為所有客戶提供有效的交流和服務，其中包括殘障人士和英語能力有限的人士。本表格的目的是收集幫助我們更好地為您服務的資訊

交流類型

SFHA 可以用幾種不同的方式與殘障人士交流。請勾選以下方框，告訴我們您希望以哪一種方式從 SFHA 獲取資訊：

- 我不需要不同格式的書面資料。
- 我需要以下格式的書面資料：
 - 大體字: **這是 18 號字體。**
 - 錄音帶: 文字錄製在錄音磁帶上。
 - 盲文: 書面文字用布萊葉盲文提供。
 - 電子格式: 書面資料在 CD-Rom 或 3.5 英吋的軟盤上保存為“純文字”檔案。
 - 口語: 書面資料由 SFHA 工作人員親自或通過電話上大聲朗讀。
- 我需要手語翻譯。
- 其他 (請指明):

您使用的語言

- 我會閱讀和講英語，在與 SFHA 工作人員交流時不需要幫助。
- 我會講英語，但在填寫表格時需要幫助。
- 我不會閱讀或講英語，我需要以下語言的閱讀材料：
 - 中文
 - 越南語
 - 其他語言: _____
 - 俄語
 - 西班牙語
- 我不會閱讀或講英語，我需要用以下語言進行口頭交流：
 - 廣東話
 - 越南語
 - 其他語言: _____
 - 俄語
 - 西班牙語

我已經閱讀本表格，或者已經有人向我閱讀本表格。

正楷姓名: _____

日期: _____

簽名: _____

HUD輔助住房申請人的補充和可選聯繫資訊

聯邦援助住房申請補充

本表格將提供給每位聯邦援助住房申請人

說明: 可選聯繫人或組織: 根據法律規定, 您有權在住房申請中包含家庭成員、朋友或社會、健康、宣傳或其他組織的姓名、地址、電話號碼和其他相關資訊。此聯繫資訊用於確定能夠幫助您解決租房期間可能出現的任何問題或協助提供您可能需要的任何特殊照顧或服務的個人或組織。**您可以隨時更新、刪除或更改您在本表格中提供的資訊。** 您不需要提供此聯繫資訊, 但如果您選擇提供此聯繫資訊, 請在本表格中填寫相關資訊。

申請人姓名:	
郵寄地址:	
電話號碼:	手機號碼:
其他聯繫人姓名或組織名稱:	
地址:	
電話號碼:	手機號碼:
電子郵件地址 (如有):	
與申請人的關係:	
聯繫原因: (勾選所有適用項)	
<input type="checkbox"/> 緊急情況	<input type="checkbox"/> 協助重新認證過程
<input type="checkbox"/> 無法與您聯繫	<input type="checkbox"/> 租約條款變更
<input type="checkbox"/> 住房援助終止	<input type="checkbox"/> 內部規定變化
<input type="checkbox"/> 逐出居住單元	<input type="checkbox"/> 其他情況: _____
<input type="checkbox"/> 遲交房租	
住房管理局或業主的承諾: 如果您獲得住房批准, 此資訊將作為您的租戶檔案的一部分保存。如果您在租房期間出現問題, 或者您需要任何服務或特殊照顧, 我們可能會聯繫您列出的個人或組織, 以協助解決問題或向您提供任何服務或特殊照顧。	
保密聲明: 本表格中所提供的資訊是保密的, 除非申請人或適用法律允許, 否則不會向任何人披露。	
法律通知: “1992年住房和社區發展法”第644節(102-550號公法, 1992年10月28日獲得批准)要求聯邦援助住房的每個申請人都可以選擇提供有關其他聯繫人或組織的資訊。通過接受申請人的申請, 住房提供者同意遵守24 CFR第5.105節的非歧視和平等機會的規定, 包括“公平住房法”規定的不得因種族、膚色、宗教、原國籍、性別、殘疾和家庭狀況的理由, 在接受或參加聯邦援助住房計劃方面進行歧視, 以及遵守“1975年年齡歧視法”規定的禁止年齡歧視。	

如果您選擇不提供聯繫資訊, 請勾選此框。

--	--

申請人簽名

日期

根據“1995年減少文書工作法”(44 U.S.C. 3501-3520), 本表格中包含的資訊收集要求已提交給管理和預算辦公室(OMB)。公共報告工作每次回復估計需要15分鐘, 包括審查說明、搜索現有數據源、收集和保存所需數據以及完成和審查所收集資訊的時間。“1992年住房和社區發展法案”(42 USC 13604第644條)規定HUD有義務要求參加HUD援助住房計劃的住房提供者向申請入住HUD援助住房的任何個人或家庭提供選擇權, 在入住申請中填入家庭成員、朋友或與社會、健康、宣傳或類似組織有關的人員的姓名、地址、電話號碼和其他相關資訊。提供此類資訊的目的是協助住房提供者與租戶指定的個人或組織聯繫, 以協助為租戶提供任何服務或特殊照顧, 並協助解決此類租戶在租房期間出現的任何租房問題。此補充申請資訊將由住房提供者作為保密資訊保存。提供資訊是HUD援助住房計劃運作的基礎並且是自願的。它支持防止欺詐、浪費和管理不善的法定要求、計劃和管理控制。根據“減少文書工作法”, 機構不得進行或贊助資訊收集, 也不要個人對資訊收集作出回應, 除非此資訊顯示當前有效的OMB Control #。

隱私聲明: 公法102-550授權住房與城市發展部(HUD)收集HUD將使用的所有資訊(社會安全號碼(SSN)除外), 以保護支付數據免受欺詐行為的影響。

披露資訊授權/隱私權法案通知

向美國住房與城市發展部(HUD)和住房管理局 (HA)發出

美國住房與城市發展部
公共與印第安住房管理辦公室

OMB CONTROL NUMBER: 2501-0014
exp. 1/31/2014

PHA 要求披露資訊: (如果沒有, 請劃掉空白處)
(聯繫人的完整地址、姓名和日期)

San Francisco Housing Authority
1815 Egbert Avenue
San Francisco, CA 94124

Attn: _____
日期: _____

IHA 要求披露資訊: (如果沒有, 請劃掉空白處)
(聯繫人的完整地址、姓名和日期)

XX
XX
XX

權限: “1988年Stewart B. McKinney無家可歸援助修正案”第904節, 由“1992年住房與社區開發法案”第903節和“1993年綜合預算協調法”第3003節進行修訂。本法律載於“美國法典”第42篇第3544款。

本法律要求您簽署一份同意書, 授權: (1) HUD和住房管理局 (HA) 要求當前或以前的雇主提供薪資和工資證明; (2) HUD和HA向負責保存工資和失業補助金資訊的州立機構索取此類資訊; (3) HUD向美國社會安全局和美國國稅局索取某些納稅申報資訊。本法律還要求對收入資訊進行獨立核查。因此, HUD或HA可能會要求金融機構提供資訊, 以核查您的資格和福利水平。

目的: 您在本同意書只能夠的簽名表示, 您授權 HUD以及上述HA向同意書中所列的來源索取收入資訊。HUD和HA需要了解此類資訊, 以便核查您的家庭收入, 確保您有資格接受援助住房福利, 並且按照正確的水平接受此類福利。HUD和HA可能參加包含此類來源的電腦匹配計劃, 以便核查您的資格和福利水平。

索取資訊的用途: HUD必須按照“1974年隱私權法案”(“美國法典”第5篇第552a款)的規定保護索取的收入資訊。HUD可因某些常規用途披露此類資訊(納稅申報資訊除外), 例如因執法目的向聯邦機構披露此類資訊, 因就業適當性目的向聯邦機構披露此類資訊, 以及因確定住房援助目的向HA披露此類資訊。HA還必須依照適用的州隱私權法保護索取的收入資訊。如果HUD和HA雇員未經授權披露或不適當使用根據本同意書索取的收入資訊, 則可能受到處罰。**私人擁有人不得索取或接受本同意書授權的資訊。**

哪些人必須在同意書中簽名: 您的家中每一名18歲或以上的家庭成員均須在同意書中簽名。必須要求新加入的成年家庭成員或任何時候年滿18歲的家庭成員在同意書中簽名。

根據以下計劃申請或接受援助的人必須在本同意書中簽名:

- PHA-擁有的公共住房計劃
- Turnkey III 擁有住房機會計劃
- 互助擁有住房機會計劃
- Section 23 和 19(c) 租房計劃
- Section 23 住房援助付款計劃
- HA-擁有的租賃印第安人住房計劃
- Section 8 租房認證計劃
- Section 8 租房憑證計劃
- Section 8 中度康復計劃

未簽署同意書: 如果您不在同意書上簽名, 則可能導致拒絕批准援助住房福利的資格或終止援助住房福利或兩者兼有。拒絕批准福利資格或終止福利受 HA 的投訴程序和 Section 8 非正式聽證會程序的制約。

獲取資訊的來源

州立工資資訊搜集機構。(本同意書僅限於我在過去五年內接受援助住房福利期間領取的工資和失業補助金)。

美國社會安全局 (僅限 HUD) (本同意書僅限於“國內稅收法典”第 6103(I)(7)(A) 節中規定的工資、個體經營資訊和退休收入付款)

美國國稅局 (僅限 HUD) (本同意書僅限於非勞動所得的收入[即利息和股息]。)

也可直接從以下來源獲取資訊: (a) 就薪資和工資從目前和以前的雇主處獲取資訊, 以及 (b) 就非勞動所得的收入(即利息和股息)從金融機構獲取資訊。我明白, 從這些來源獲得的收入資訊將被用於核查我提供的資訊, 用於確定援助住房計劃的資格以及福利水平。因此, 本同意書僅授權直接由雇主和金融機構披露有關在過去五年中我接受援助住房福利期間任何階段的資訊。

同意:我同意允許 住房與城市發展部 (HUD) 或住房管理部 (HA) 因核對我享受 HUD 援助住房計劃福利的資格和水平目的向本表格中所列的來源要求和索取收入資訊。我明白, HA在沒有首先獨立核對援助金額、我是否實際獲得資金以及何時收到資金的情況下, 不可根據本同意書收到的收入資訊拒絕、減少或終止援助。此外, 必須向我提供對這些決定提出異議的機會。

本同意書在簽名後15個月失效。

簽名:

_____ 戶主	_____ 日期	_____ 其他年齡超過18歲的家庭成員	_____ 日期
_____ 戶主的社會安全號碼 (如有)		_____ 其他年齡超過18歲的家庭成員	_____ 日期
_____ 配偶	_____ 日期	_____ 其他年齡超過18歲的家庭成員	_____ 日期
_____ 其他年齡超過18歲的家庭成員	_____ 日期	_____ 其他年齡超過18歲的家庭成員	_____ 日期
_____ 其他年齡超過18歲的家庭成員	_____ 日期	_____ 其他年齡超過18歲的家庭成員	_____ 日期

隱私法案通知。授權: “1937年美國住房法案”(美國法典第42篇第1437款及後續條款)、“1964年民權法案”第VI章(美國法典第42篇第2000d款)以及“公平住房法”(美國法典第42篇第3601-19款)授權住房和城市開發部(HUD)收集此類資訊。“1987年住房和社區發展法案”(美國法典第42篇第3543款)要求申請人和參加者提交每一名六歲或以上家庭成員的社會安全號碼。目的: HUD正在收集您的收入和其他資訊,以便確定您的資格、適當的臥室大小以及您的家庭將支付的租金和公用事業費金額。其他用途: HUD使用您的家庭收入和其他資訊來協助管理和監管HUD援助的住房計劃,以保護政府的財務利益,並核實您提供的資訊的準確性。此類資訊可能在適當時向相關的聯邦、州和地方機構提供,或向民事、刑事或監管調查員和檢察官提供。但是,除非屬於法律許可或要求的情況,此類資訊不得以其他方式在HUD之外披露或泄露。處罰:您必須提供HA要求的所有資訊,包括您和所有六歲及以上的其他家庭成員擁有和使用的社會安全號碼。提供所有六歲及以上家庭成員的社會安全號碼是強制規定,不提供社會安全號碼將影響您參加計劃的資格。不提供任何要求的資訊可能會導致您的資格審批延遲或被拒絕。

濫用本同意書的處罰:

如果HUD、HA以及任何其他擁有人(或HUD、HA或擁有任何雇員)未經授權披露或不當使用根據本同意書收集的資訊,可能受到處罰。

使用根據HUD 9886表格收集的資訊僅限於HUD 9886表格中規定的目的。如果任何人有意或故意以欺騙手段要求、獲取或披露任何有關申請人或參加者的資訊,可能受到輕罪處罰以及不超過\$5,000美元的罰款。

任何因疏忽披露資訊而受影響的申請人或參加者,可對負責未經授權披露或不當使用資訊的HUD人員或雇員、HA或擁有人提起民事訴訟,要求損害賠償,並尋求其他適當的補救方法。

美國住房與城市發展部
公共與印第安住房管理辦公室
對公共住房機構的欠款和終止

減少文書工作通知: 這種資訊收集的公開報告工作每次回復估計平均7分鐘。這包括回復者閱讀文件和證明的時間，以及任何記錄保存工作。此資訊將用於處理租房事宜。對索取此資訊做出回應才能獲得福利。該機構可能不會收集此資訊，您也不需要填寫此表格，除非它顯示當前有效的 OMB control 編號。OMB 編號為 2577-0266，有效期至 2023 年 4 月 30 日。

給以下HUD租房援助計劃的申請人和參加者的通知:

- 公共住房計劃 (24 CFR 960)
- Section 8 住房選擇憑證計劃，包括災難住房援助計劃 (24 CFR 982)
- Section 8 中度康復計劃(24 CFR 882)
- 基於項目的憑證計劃 (24 CFR 983)

美國住房與城市發展部擁有一個全國性的債務存儲庫，保存著對公共住房機構 (PHA) 或Section 8 房東的欠款以及自願或非自願終止參加上述 HUD 租房援助計劃之一的前參加者的不利資訊。此資訊保存在 HUD 的企業收入驗證 (EIV) 系統中，公共住房機構 (PHA) 及其管理代理使用該系統來核實計劃參加者的就業和收入資訊，以及減少行政和租房援助付款錯誤。EIV 系統旨在幫助 PHA 和 HUD 確保家庭有資格參加 HUD 租房援助計劃，並確定家庭有資格獲得正確的租房援助金額。根據 HUD 中 24 CFR 5.233 的規定，所有 PHA 都必須使用該系統。

HUD 要求管理上述租房計劃的 PHA 在您參與 HUD 租房援助計劃結束時報告某些資訊。本通知為您提供有關 PHA 需要向 HUD 提供哪些資訊、誰可以獲取這些資訊、如何使用這些資訊以及您的權利。PHA 必須向所有申請人和計劃參加者提供本通知，您必須在第 2 頁簽名確認收到本通知。每位成年家庭成員都必須在本表格上簽名。

HUD從PHA收集關於您和您的租房的哪些資訊？

收集有關您家庭中每個成員（家庭成員）的以下資訊：全名、出生日期和社會安全號碼。

您結束參加住房計劃後，無論您是自願還是非自願搬出援助單元，我們都會收集以下不利資訊：

1. 您拖欠PHA或Section 8房東的任何欠款（最高\$500,000美元）以及對欠款的解釋（即未付租金、追溯租金（由於未報告的收入和/或家庭人口的變化）或其他費用，例如損害賠償、公用事業費等）；和
2. 您是否就拖欠 PHA 的欠款已簽訂還款協議；和
3. 您是否已違反還款協議；和
4. PHA 是否已獲得對您不利的判決；和
5. 您是否已申請破產；和
6. 截至參加日期結束時，您終止參加的負面原因或任何負面情況（即廢棄單元、欺詐、違反租約、犯罪活動等）。

誰可以獲取收集到的資訊？

HUD 雇員、PHA 雇員以及 HUD 和 PHA 的承包商可以獲取這些資訊。

將如何使用這些資訊？

PHA將在租房援助申請和重新審查現有參加者的家庭收入和人口時獲取這些資訊。PHA 將獲取這些資訊確定家庭是否適合獲得初始或持續的租房援助，並避免向以前無法遵守 HUD 計劃要求的家庭提供有限的聯邦住房援助。如果報告的資訊準確無誤，根據 PHA 政策，PHA 可能會終止您當前的租房援助，並拒絕您將來的HUD租房援助申請。

欠款和終止資訊在 EIV 中保留多長時間？

欠款和終止資訊將保存在 EIV 中，保存期限為自參加日期結束後的最多十 (10) 年或按照州法律的其他期限。

我有哪些權利？

根據經修訂的“1974 年聯邦隱私法”（5 USC 552a）和與“1974 年聯邦隱私法”（24 CFR 第 16 部分）實施相關的 HUD 規定，您擁有以下權利：

1. 根據 24 CFR 第 16 部分，可獲取 HUD 保存的您的記錄。
2. 對 HUD 最初拒絕您獲取 HUD 保存的記錄的請求進行行政審查。
3. 應書面要求更正記錄中的錯誤資訊。
4. 在發出書面拒絕後的 30 個日曆日內，對更正或修改記錄請求的初始不利決定提出上訴請求。
5. 在收到您簽名的書面請求後，將您的記錄披露給第三方。

如果我對報告的有關我的欠款或終止資訊有異議，該怎麼辦？

如果您不同意所報告的資訊，您應該以書面形式聯繫報告您資訊的 PHA。在欠款和終止報告中列有 PHA 的名稱、地址和電話號碼。您有權向 PHA 索取並獲得本報告的副本，告知 PHA 您為何對資訊有異議，並提供任何支持您的爭議的文件。HUD 在 24 CFR 第 908 部分和 24 CFR 第 982 部分中的記錄保留政策規定，PHA 可在您結束參加該計劃之日起的三年後銷毀您的記錄。為確保您的記錄的存在，原始欠款或終止資訊的爭議必須在參加日期結束後的三年內提出；否則，欠款和終止資訊將被推定為是正確的。只有報告有關您的不利資訊的 PHA 才能刪除或更正您的記錄。您的破產申請不會導致從 HUD 的 EIV 系統中刪除欠款或終止資訊。但是，如果您已將此欠款納入在您的破產申請中和/或此欠款已被破產法院解除，當您向 PHA 提供您的破產狀態文件時，您的記錄將更新為包括破產指標。PHA 將在收到您的書面爭議的 30 天內，書面通知您有關對您的爭議採取的行動。如果 PHA 確定有爭議的資訊不正確，PHA 將更新或刪除該記錄。如果 PHA 確定有爭議的資訊是正確的，PHA 將解釋為什麼該資訊是正確的。

本通知由下列 PHA 提供：
（三藩市住房管理局）
San Francisco Housing Authority
1815 Egbert Avenue
San Francisco, CA 94124

我在此確認，PHA 向我提供了“對 PHA 的欠款及終止通知”
（Debts Owed to PHAs & Termination Notice）：

簽名

日期

正楷姓名