

Declaración personal

Cualquier persona con una discapacidad u otra necesidad médica que necesite una adaptación con respecto a este formulario debe informar a la Autoridad de Viviendas de San Francisco.

Instrucciones para llenar este formulario: Llene este formulario **CON TINTA**. Conteste todos los espacios en blanco. Escriba la palabra "NINGUNO" si la información no aplica. Todos los miembros adultos del grupo familiar deben firmar esta declaración para certificar la exactitud de la información reportada.

1. Composición del grupo familiar. Comenzando por el(la) jefe(a) de la familia, haga una lista de todos los miembros de la familia. Utilice el nombre legal correcto para cada miembro tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social o en los documentos del INS.

Nombre <i>Apellido, nombre</i>	Relación con el(la) jefe(a) de familia	Fecha de nacimiento	Género	Raza*	Etnicidad*	¿Discapacidad? (Sí/No)	Número del seguro social
	Jefe(a) de la familia		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

*El proporcionar esta información es voluntario. Se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Dirección postal: _____
 (Dirección y apartamento, o apartado postal)

 (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: _____ Teléfono para mensajes: _____

Correo electrónico: _____

Información de contacto de emergencia:

Nombre _____ Relación: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

2. Información del grupo familiar. Conteste todas las preguntas sobre su grupo familiar.

a. Estudiantes. Enumere todos los miembros del grupo familiar que estén asistiendo a la escuela o universidad:

Nombre del estudiante	Nombre de la escuela	¿Tiempo completo o medio tiempo?	¿Ayuda financiera?
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

b. Otra información del grupo familiar. Favor de contestar las siguientes preguntas. Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional:

¿Hay algún miembro del grupo familiar que esté ahora mismo ausente temporal o permanentemente del hogar?..... Sí No
 Si es así, por favor explique: _____

¿Algún miembro del grupo familiar menor de 6 años de edad tiene un nivel elevado de plomo en la sangre? Sí No

¿Ha vivido algún miembro de la familia en una vivienda subvencionada que no sea de la Autoridad de Viviendas de San Francisco? Sí No
 Si es así, por favor explique: _____

¿Hay personas a las que invitan regularmente a pasar la noche, o alguien que pase más de dos (2) noches al mes? Sí No
 Si es así, por favor indique los nombres de los huéspedes y explique:

¿Algún miembro del grupo familiar ha sido condenado por un delito grave? Sí No
 Si es así, por favor indique las fechas, los cargos, la ciudad y el estado:

- ¿Algún miembro de la familia está actualmente en libertad probatoria o condicional por un delito grave? Si No
 Si es así, por favor indique las fechas y los cargos:
- ¿Ha estado algún miembro de la familia involucrado en algún delito grave de drogas? Si No
 Si es así, por favor indique las fechas, los cargos, la ciudad y el estado:
- ¿Ha estado algún miembro del grupo familiar involucrado en la fabricación de metanfetamina? Si No
 Si es así, por favor indique las fechas, los cargos, la ciudad y el estado:
- ¿Algún miembro del grupo familiar está sujeto a un requisito de registro de por vida en virtud de un programa estatal de registro de delincuentes sexuales? Si No
 Si es así, por favor explique y proporcione las fechas de los incidentes:
- ¿Algún miembro del grupo familiar tiene actualmente un caso de delito grave en curso ante algún tribunal? Si No
 Si es así, por favor indique la naturaleza del caso, las fechas, los cargos, la ciudad y el estado:
- ¿Ha algún miembro del grupo familiar cambiado de ciudadanía o de condición migratoria? Si No
 Si es así, por favor explique

3. Ingresos y bienes del grupo familiar. Incluya todos los ingresos y bienes recibidos o mantenidos por todos los miembros del grupo familiar.
Nota: Proporcione la dirección postal completa de los empleadores, incluyendo el código postal.

a. Ingresos laborales. Si necesita enumerar más de 2 empleadores, por favor use una hoja adicional.

Miembro familiar	Nombre del empleador:	Teléfono:	
Dirección completa del empleador, incluido el código postal:	Ingreso Bruto:	<input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes	Horas por semana:
Miembro familiar:	Nombre del empleador:	Teléfono:	
Dirección completa del empleador, incluido el código postal:	Ingreso Bruto:	<input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes	Horas por semana:

b. Otros tipos de ingresos del grupo familiar. Llene **TODOS** los espacios en blanco. Si la información no aplica, escriba "ninguno".

Seguro social (de usted)	\$ _____ por mes	TANF (Asistencia en Efectivo)	\$ _____ por mes
Seguro social (de otro)	\$ _____ por mes	Estampillas de comida	\$ _____ por mes
SSI	\$ _____ por mes	Desempleo	\$ _____ por semana
Pensión VA	\$ _____ por mes	Beca educativa	\$ _____ por mes
Otra pensión de: _____	\$ _____ por mes	Autoempleo	\$ _____ por mes
Manutención de los hijos		Otro _____	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> A través del Estado de California			
<input type="checkbox"/> A través del Estado de: _____			
<input type="checkbox"/> Pagado directamente por: _____	\$ _____ por mes		

c. Activos Si contesta Sí a alguna de las siguientes preguntas, por favor explique abajo.

- ¿Usted o algún miembro del grupo familiar es dueño o tiene un interés de propiedad en alguna casa, casa móvil o propiedad? Si No
- ¿Ha vendido usted algún bien inmueble en los últimos dos (2) años? Si No
- ¿Posee usted acciones, valores o inversiones por valor de más de \$5,000?..... Si No
- ¿Tiene usted una cuenta de cheques con saldo de más de \$5,000? Si No
- ¿Tiene una cuenta de ahorros con saldo de más de \$5,000? Si No
- ¿Tiene certificados de depósito (CD) con valor de más de \$5,000?..... Si No

Anote todas las cuentas bancarias de **cualquier miembro** del grupo familiar. (Si necesita enumerar más de tres cuentas, por favor use una hoja adicional):

Miembro familiar	Número de cuenta	Nombre del banco	Dirección del banco

d. Otros ingresos y bienes.

¿Alguna agencia o persona fuera de su grupo familiar **le ayuda regularmente con los gastos o suministros del hogar**?..... Si No
Si es así, por favor explique: _____

¿Es usted propietario o copropietario de algún **negocio o bien inmueble**? Si No

¿Está su nombre listado como propietario o copropietario en el **registro de cualquier vehículo**? Si No
Si es así, indique el modelo, el año y el número de placas de cada vehículo: _____

¿Tiene algún miembro del grupo familiar una **póliza de seguro de vida con un valor en efectivo** (normalmente llamado "whole life" – de por vida)?...Si No

¿Quién? _____ Valor en efectivo \$ _____ Número de póliza: _____

Nombre / Dirección completos de la compañía de seguros: _____

Algún miembro del grupo familiar tiene alguno de los siguientes (marque las que apliquen):

- Cuenta de mercado de dinero Fideicomisos Acciones, bonos o anualidades
- Cuenta IRA/KEOGH Cuenta de jubilación de la empresa Ninguno

Si contestó sí a cualquiera de éstos, por favor proporcione una hoja aparte con el nombre y la información de contacto de la compañía con la que tiene la cuenta.

4. Gastos del hogar

¿Tiene usted **gastos de cuidado infantil** para los menores del grupo familiar? Si No Cantidad mensual: \$ _____

Si es así, por favor anote **el nombre y la dirección postal completos** de su proveedor de cuidado infantil: _____

¿Recibe usted ayuda financiera del Estado con sus gastos de cuidado infantil? Si No Cantidad mensual: \$ _____

5. Enajenación de activos. El HUD requiere que las agencias de vivienda pública verifiquen si los beneficiarios de la ayuda con la renta han enajenado algún bien en los últimos 24 meses. "Enajenar" significa deshacerse de algo, venderlo o regalarlo. Los activos incluyen, entre otros: acciones, bonos, certificados de ahorro, fondos del mercado monetario, acciones en bienes raíces u otras inversiones de capital, valor en efectivo de cuentas de fideicomiso, cuentas IRA, cuentas Keogh, contribuciones a fondos de jubilación o de pensiones de la empresa, recibos de suma global como herencias, ganancias de capital, ganancias de lotería, acuerdos de seguros, bienes personales que se mantienen para inversiones tales como gemas, joyas, colecciones de monedas, autos, pólizas de seguro de vida con valor en efectivo, etc.

En los últimos 24 meses (2 años), ¿ha enajenado usted o algún miembro de su grupo familiar algún activo por menos de su valor de mercado?

- SI, Yo/nosotros hemos** enajenado activos.
- NO, Yo/nosotros no hemos** enajenado ningún activo.

Si usted ha enajenado algún activo, por favor conteste lo siguiente:

1. ¿Cuál era el activo? _____
 2. ¿En qué fecha se enajenó el bien o activo? _____
 3. ¿Cuál era el valor del bien o activo en el momento de su enajenación? _____
 4. Indique el importe real recibido por el activo: _____
-

6. Certificación Todos los miembros adultos del grupo familiar deben firmar esta declaración para certificar la exactitud de la información reportada.

Dar información verdadera y completa: Certifico que toda la información proporcionada sobre la composición del grupo familiar, los ingresos, los bienes de la familia y los artículos para asignaciones y deducciones es exacta y completa a mi leal saber y entender.

Reportar cambios en los ingresos o en la composición del grupo familiar: Sé que estoy obligado a reportar inmediatamente por escrito cualquier cambio en los ingresos y en el tamaño del grupo familiar. Entiendo las reglas y regulaciones con respecto a los invitados / visitantes y cuándo debo reportar a alguien que se está quedando conmigo.

Reportar sobre la Asistencia de Vivienda anterior: Certifico que he revelado dónde recibí asistencia federal previa para la vivienda y si se debe o no dinero. Certifico que si he recibido asistencia previa, no cometí ningún fraude, ni di datos incorrectos a sabiendas, ni abandoné la unidad en violación del contrato de arrendamiento.

Sin duplicado de residencia o asistencia: Certifico que la unidad de vivienda será mi residencia principal y que no obtendré asistencia federal duplicada para la vivienda mientras esté en este programa actual. No viviré en ningún otro lugar sin notificar por escrito a la Autoridad de Viviendas de San Francisco. No subalquilaré mi residencia asistida.

Cooperación: Sé que estoy obligado(a) a cooperar proporcionando toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad, nivel de beneficios o verificar mis circunstancias reales. La cooperación incluye asistir a las reuniones programadas previamente y llenar y firmar los formularios necesarios. Entiendo que el no cumplir o negarme a hacerlo puede resultar en demoras, terminación de la asistencia o desalojo.

Acciones penales y administrativas por información falsa: Entiendo que el proporcionar información falsa, incompleta o inexacta a sabiendas es sancionable bajo la ley penal federal o estatal. Entiendo que el proporcionar información falsa, incompleta o inexacta a sabiendas es motivo para la suspensión de la asistencia de vivienda o la suspensión del inquilinato.

¡ADVERTENCIA! El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer a sabiendas declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Al firmar abajo, por medio de la presente juro y atestigo que toda la información reportada en este formulario acerca de mí y mi grupo familiar es verdadera y correcta, y he leído y acepto las certificaciones contenidas en este formulario. También entiendo que todos los cambios en los miembros del grupo familiar o en los ingresos deben ser reportados inmediatamente por escrito a la Autoridad de Viviendas de San Francisco.

Firma de Jefe(a) del grupo familiar

Fecha

Firma de cónyuge u otro adulto

Fecha

Firma de otro adulto

Fecha

Firma de otro adulto

Fecha

Gastos médicos

Si el jefe / la jefa de familia o el cónyuge tiene 62 años de edad o más, o es una persona con discapacidades, puede llenar lo siguiente para que se consideren los gastos médicos de su grupo familiar en la determinación de sus beneficios de vivienda. Todos los miembros del grupo familiar de 18 años de edad y mayores que tengan gastos médicos deben firmar este formulario si sus gastos médicos se han de considerar.

Autorización para Divulgar Información de Salud de acuerdo a la HIPAA

Al firmar este formulario, autorizo a **los proveedores de atención médica que figuran a continuación** a divulgar toda la información solicitada en relación con el costo de mi tratamiento médico a la Autoridad de Viviendas de San Francisco (SFHA). La SFHA puede usar esta información sólo con el propósito de verificar mi elegibilidad y/o la cantidad de mi asistencia de vivienda.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la SFHA por escrito a 1815 Egbert Avenue, San Francisco, CA 94124. Entiendo que la revocación sólo es efectiva después de haber sido recibida y registrada por la SFHA. Entiendo que no será afectada por una revocación ningún uso o revelación hecha al amparo de esta autorización antes de la revocación.

A menos que yo lo revoque por escrito, esta autorización expirará seis (6) meses después de la fecha de mi firma a continuación.

Entiendo que mis proveedores de atención médica no pueden divulgar la información solicitada sin mi firma en esta autorización, y que mi firma o negación a firmar esta autorización no afectará mi capacidad de recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Entiendo que existe la posibilidad de que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización sea divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida por la ley federal.

He revisado y entiendo esta autorización.

Firma de Jefe(a) del grupo familiar

Nombre en letra molde

Fecha en que firmó

Firma de otro adulto

Nombre en letra molde

Fecha en que firmó

Enumere todos los proveedores de atención médica a los que **usted paga de su bolsillo** y a los que la SFHA puede contactar para verificar los gastos médicos de su grupo familiar. **No enumere los proveedores de atención médica cuyos servicios están cubiertos en su totalidad por el seguro o a los que no debe ninguna cantidad.**

Tipo de gasto:	Nombre del proveedor al que usted paga por este gasto	Dirección postal completa	Número de teléfono/fax:	Cantidad pagada "de su bolsillo"
<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Recetas/Medicamentos <input type="checkbox"/> Médico/Dental/Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado de un animal de asistencia <input type="checkbox"/> Otro				
<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Recetas/Medicamentos <input type="checkbox"/> Médico/Dental/Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado de un animal de asistencia <input type="checkbox"/> Otro				
<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Recetas/Medicamentos <input type="checkbox"/> Médico/Dental/Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado de un animal de asistencia <input type="checkbox"/> Otro				
<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Recetas/Medicamentos <input type="checkbox"/> Médico/Dental/Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado de un animal de asistencia <input type="checkbox"/> Otro				

Si usted tiene más proveedores de atención médica de los que puede enumerar aquí, favor de incluir toda la información requerida en un anexo

Declaración de ciudadanía o condición migratoria

Instrucciones: Llene este formulario para todos los miembros familiares. Los adultos de 18 años o más deben firmar su propia parte del formulario. Un padre o tutor legal debe firmar para los niños menores de 18 años.

Nombre del miembro del grupo familiar en letra molde	Seleccione la casilla apropiada:	Firma:	Fecha:
Jefe(a) de familia (letra molde):	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) con condición migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar documentación de la condición de elegible para este miembro familiar. ES <input type="checkbox"/> Elegir por no certificar que él o ella es ciudadano(a) o que tiene condición migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que mi familia recibirá. <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) sin condición migratoria elegible.	<hr/> Firma de Jefe(a) del grupo familiar	<hr/> Fecha
Miembro familiar #2 (nombre en letra molde):	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) con condición migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar documentación de la condición de elegible para este miembro familiar. ES <input type="checkbox"/> Elegir por no certificar que él o ella es ciudadano(a) o que tiene condición migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que mi familia recibirá. <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) sin condición migratoria elegible.	¿Tiene este miembro del grupo familiar 18 años o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el miembro debe firmar a continuación. Si no es así, el padre o tutor del miembro debe firmar a continuación. <hr/> Firma	<hr/> Fecha
Miembro familiar #3 (nombre en letra molde):	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) con condición migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar documentación de la condición de elegible para este miembro familiar. ES <input type="checkbox"/> Elegir por no certificar que él o ella es ciudadano(a) o que tiene condición migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que mi familia recibirá. <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) sin condición migratoria elegible.	¿Tiene este miembro del grupo familiar 18 años o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el miembro debe firmar a continuación. Si no es así, el padre o tutor del miembro debe firmar a continuación. <hr/> Firma	<hr/> Fecha
Miembro familiar #4 (nombre en letra molde):	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) con condición migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar documentación de la condición de elegible para este miembro familiar. ES <input type="checkbox"/> Elegir por no certificar que él o ella es ciudadano(a) o que tiene condición migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que mi familia recibirá. <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) sin condición migratoria elegible.	¿Tiene este miembro del grupo familiar 18 años o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el miembro debe firmar a continuación. Si no es así, el padre o tutor del miembro debe firmar a continuación. <hr/> Firma	<hr/> Fecha

Continúe a la siguiente página ➤

Declaración de Condición Migratoria, página 2

Instrucciones: Llene este formulario para todos los miembros familiares. Los adultos de 18 años o más deben firmar su propia parte del formulario. Un padre o tutor legal debe firmar para los niños menores de 18 años.

Nombre del miembro del grupo familiar en letra molde	Seleccione la casilla apropiada:	Firma:	Fecha:
Miembro familiar #5 (nombre en letra molde):	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) con condición migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar documentación de la condición de elegible para este miembro familiar. es <input type="checkbox"/> Elegir por no certificar que él o ella es ciudadano(a) o que tiene condición migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que mi familia recibirá. <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) sin condición migratoria elegible.	¿Tiene este miembro del grupo familiar 18 años o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el miembro debe firmar a continuación. Si no es así, el padre o tutor del miembro debe firmar a continuación. _____ Firma	_____ Fecha
Miembro familiar #6 (nombre en letra molde):	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) con condición migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar documentación de la condición de elegible para este miembro familiar. es <input type="checkbox"/> Elegir por no certificar que él o ella es ciudadano(a) o que tiene condición migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que mi familia recibirá. <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) sin condición migratoria elegible.	¿Tiene este miembro del grupo familiar 18 años o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el miembro debe firmar a continuación. Si no es así, el padre o tutor del miembro debe firmar a continuación. _____ Firma	_____ Fecha
Miembro familiar #7 (nombre en letra molde):	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) con condición migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar documentación de la condición de elegible para este miembro familiar. es <input type="checkbox"/> Elegir por no certificar que él o ella es ciudadano(a) o que tiene condición migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que mi familia recibirá. <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) sin condición migratoria elegible.	¿Tiene este miembro del grupo familiar 18 años o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el miembro debe firmar a continuación. Si no es así, el padre o tutor del miembro debe firmar a continuación. _____ Firma	_____ Fecha
Miembro familiar #8 (nombre en letra molde):	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) con condición migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar documentación de la condición de elegible para este miembro familiar. es <input type="checkbox"/> Elegir por no certificar que él o ella es ciudadano(a) o que tiene condición migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que mi familia recibirá. <input type="checkbox"/> No-ciudadano(a) sin condición migratoria elegible.	¿Tiene este miembro del grupo familiar 18 años o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el miembro debe firmar a continuación. Si no es así, el padre o tutor del miembro debe firmar a continuación. _____ Firma	_____ Fecha

Si su grupo familiar tiene más de 8 personas, por favor haga una copia de esta hoja para anotar los miembros adicionales.

Continúe a la siguiente página. Lea y firme los siguientes formularios ➤

Autorización para la divulgación de información

Todos los miembros adultos de la familia deben leer y firmar este formulario.

Al firmar a continuación:

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a la Autoridad de Viviendas de San Francisco y a su personal a comunicarse con cualquier agencia, fuente, oficina, grupo u organización para obtener cualquier información o material que se considere necesario para determinar mi elegibilidad para participar en su(s) programa(s).

Información general (por ejemplo, fuentes de ingresos, bienes, inscripción escolar, otros):

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a todas y cada una de las agencias, fuentes, oficinas, grupos u organizaciones contactadas por la Autoridad de Viviendas de San Francisco y su personal a cooperar plenamente y divulgar toda la información solicitada.

Registros de la División de Empleo:

Además, yo/nosotros autorizo/autorizamos al Departamento de Desarrollo de Empleo de California a divulgar a la Autoridad de Viviendas de San Francisco la información de mis registros en los archivos de la División de Empleo.

Registros de Inmigración:

Este formulario de autorización también reconoce por medio de la presente que la Autoridad de Viviendas de San Francisco puede entregar evidencia de condición migratoria elegible de los miembros de mi grupo familiar a (1) el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. (HUD) según sea requerido por HUD, y (2) el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para fines de verificación de la condición migratoria. El HUD puede divulgar evidencia de condición migratoria elegible sólo al INS con el propósito de establecer la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Información de salud:

Si yo o mi cónyuge o co-encargado es una persona mayor o una persona con discapacidades, también autorizo a la Autoridad de Viviendas de San Francisco a comunicarse con cualquier proveedor de atención médica que haya identificado con el propósito de verificar los gastos médicos de mi grupo familiar.

Vencimiento de la autorización:

Con el propósito de obtener información médica y relacionada con la salud, esta autorización expira en seis (6) meses a menos que yo la revoque por escrito.

Con el propósito de obtener información que no sea médica ni relacionada con la salud, esta autorización no expira a menos que yo la revoque por escrito.

Las copias de este documento pueden ser usadas para cualquiera de los propósitos descritos anteriormente con la misma validez que un original.

Todos los adultos (mayores de 18 años) del grupo familiar deben firmar:

Firma	Nombre en letra molde	Fecha
Firma	Nombre en letra molde	Fecha
Firma	Nombre en letra molde	Fecha
Firma	Nombre en letra molde	Fecha

Continúe a la siguiente página

Declaración de obligaciones familiares

Bajo los programas de asistencia de alquiler ofrecidos por la Autoridad de Viviendas de San Francisco, las familias participantes deben cumplir con las Obligaciones Familiares para poder continuar participando en el programa. La violación de cualquier obligación puede resultar en la terminación de la asistencia. Las obligaciones familiares son:

- La familia debe proporcionar cualquier información que la PHA o el HUD determinen necesaria, incluyendo la presentación de evidencia requerida de ciudadanía o condición migratoria elegible.
- La familia debe proporcionar cualquier información solicitada por la PHA o el HUD para su uso en una reexaminación programada regularmente o en una reexaminación provisional de los ingresos y la composición de la familia.
- La familia debe revelar y verificar los números de seguro social y firmar y presentar los formularios de consentimiento para obtener información.
- Toda la información facilitada por la familia debe ser veraz y completa.
- La familia es responsable de cualquier incumplimiento de los Estándares de Calidad de Vivienda (HQS) por parte de la familia causado por la falta de pago de los servicios o electrodomésticos proporcionados por el inquilino, o por daños a la unidad de vivienda o a las instalaciones más allá del desgaste normal causado por cualquier miembro del grupo familiar o invitado.
- La familia debe permitir que la PHA inspeccione la unidad a horas razonables y después de un aviso razonable.
- La familia no debe cometer cualquier infracción grave o recurrente del contrato de arrendamiento.
- La familia debe notificar a la PHA y al propietario antes de mudarse de la unidad o de terminar el contrato de arrendamiento.
- La familia debe cumplir con los requisitos del contrato de arrendamiento con respecto al aviso por escrito para desaloja dirigido al propietario. La familia debe proporcionar un aviso por escrito a la PHA al mismo tiempo que se notifica al propietario.
- La familia debe entregar inmediatamente a la PHA una copia de cualquier aviso de desalojo del propietario.
- La familia debe utilizar la unidad asistida para residir en la misma. La unidad debe ser la única residencia de la familia.
- La composición de la familia asistida que reside en la unidad debe ser aprobada por la PHA. La familia debe avisar oportunamente a la PHA por escrito sobre el nacimiento, adopción o custodia otorgada por la corte de un menor de edad. La familia debe solicitar la aprobación de la PHA para añadir a otro miembro de la familia como ocupante de la unidad.
- La familia debe notificar inmediatamente a la PHA por escrito si algún miembro familiar ya no vive en la unidad.
- La familia no debe subarrendar la unidad, ceder el contrato de arrendamiento, o transferir la unidad.
- La familia debe proporcionar cualquier información solicitada por la PHA para comprobar que la familia está viviendo en la unidad, o la información relacionada con la ausencia de la familia de la unidad.
- La familia debe notificar inmediatamente a la PHA cuando la familia está ausente de la unidad.
- La familia debe pagar las facturas de los servicios públicos y proporcionar y mantener todos los electrodomésticos que el propietario no esté obligado a proporcionar bajo del contrato de arrendamiento.
- La familia no debe ser propietaria ni tener ningún interés sobre la unidad (a excepción de una cooperativa, o ser el propietario de un hogar prefabricado que renta un espacio de hogar prefabricado).
- Los miembros familiares no deben cometer fraude, dar un soborno o algún otro acto criminal o corrupto en relación con el programa.
- Los miembros familiares no deben participar en actividades delictivas relacionadas con las drogas o actividades delictivas violentas u otras actividades delictivas que pongan en peligro la salud, la seguridad o el derecho a la convivencia pacífica con otros residentes y personas que residan en las inmediaciones de los locales.
- Los miembros del grupo familiar no deben abusar del alcohol de una manera que amenace la salud, la seguridad o el derecho a la convivencia pacífica con los demás residentes y de las personas que residan en las inmediaciones de los locales.
- Una familia o miembro familiar recibiendo asistencia no debe recibir asistencia del programa de Vales para la Elección de Viviendas (HCV) mientras recibe otro subsidio de vivienda, para la misma unidad o una unidad diferente bajo cualquier otro programa de asistencia de vivienda federal, estatal o local.
- Una familia no debe recibir asistencia del programa HCV mientras reside en una unidad propiedad de uno de los padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos o hermanas, o cualquier otro miembro de la familia, a menos que la PHA haya determinado (y haya avisado al propietario y a la familia de tal determinación) que la aprobación de la renta de la unidad, sin importar el parentesco, proporcionaría una adaptación razonable para un miembro familiar que sea una persona con discapacidad.

Según mi firma a continuación, he leído y entiendo las obligaciones familiares. (Todos los adultos, de 18 años y mayores, deben firmar).

Firma	Nombre en letra molde	Fecha
Firma	Nombre en letra molde	Fecha
Firma	Nombre en letra molde	Fecha
Firma	Nombre en letra molde	Fecha

Designación de idioma/formato alternativo de la Autoridad de Viviendas de San Francisco

La Autoridad de Viviendas de San Francisco (SFHA) quisiera proporcionar comunicación y servicios eficaces a todos sus clientes. Esto incluye a las personas con discapacidades y a las personas que hablan poco inglés.

El propósito de este formulario es recopilar información para ayudarnos a servirle mejor.

Idiomas		
<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).	Inglés
<input type="checkbox"/>	Mark this box if your household reads and writes English and does not require written translations of SFHA documents.	
<input type="checkbox"/>	<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"/>	如果你的家庭，在與三藩市房屋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]	Chino
<input type="checkbox"/>	如果你的家庭，在與三藩市房屋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"/>	如果你的家庭，想要有書面翻譯成中文的三藩市房屋管理局(SFHA)的文件，請在此方框內標註。	
	<i>請注意，由於資源有限，三藩市房屋管理局(SFHA)的所有文件，不可能都有你首選語言的版本。因此，三藩市房屋管理局(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.	Ruso
<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.	Español
<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.	Vietnamita
<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"/>	Marque esta casilla si su grupo familiar habla un idioma que no aparece aquí y necesita un intérprete para la comunicación oral con la Autoridad de Viviendas de San Francisco (SFHA). Especifique el idioma aquí:	Otros idiomas
<input type="checkbox"/>	Marque esta casilla si su grupo familiar lee y escribe en un idioma que no aparece aquí y necesita traducciones escritas de los documentos de la SFHA Especifique el idioma aquí:	
	<i>Debido a que los recursos están limitados es posible que no todos los documentos están disponibles en el idioma de su preferencia. Como alternativa, SFHA proveerá un intérprete verbal sin costo..</i>	

Designación de idioma/formato alternativo de la Autoridad de Viviendas de San Francisco

Adaptación para personas con discapacidades

Braille Letra grande Lenguaje de señas Otro (especifique):

La Autoridad de Viviendas de San Francisco (SFHA) desea proporcionar una comunicación y servicios eficaces a todos sus clientes. Esto incluye a las personas con discapacidades y a las personas que hablan poco inglés.

El propósito de este formulario es reunir información para ayudarnos a servirle mejor.

Tipos de comunicación

SFHA se puede comunicar de varias maneras con personas que tienen discapacidades. Marque abajo para decirnos cómo le gustaría recibir información de la SFHA:

- No necesito materiales escritos en un formato diferente.
- Necesito materiales por escrito en el siguiente formato:
 - Letra grande: **Esta es letra de 18 puntos.**
 - Cinta de audio: El texto se graba en una cinta de audio.
 - Braille: El texto escrito se proporciona en Braille.
 - Formato electrónico: El material escrito se guarda como "texto sin formato" en un CD-ROM o disquete de 3.5".
 - Hablado: El material escrito es leído en voz alta por un empleado de SFHA, en persona o por teléfono.
- Necesito un intérprete de lenguaje de señas.
- Otro (por favor explique):

Su idioma

- Hablo inglés y leo inglés y no necesito ayuda para comunicarme con la SFHA.
- Hablo inglés, pero necesito ayuda para rellenar la papelería.
- No hablo ni leo inglés, y necesito material por escrito en:
 - Chino Ruso Español
 - Vietnamita
 - Otro: _____
- No hablo ni leo inglés, y necesito comunicación oral en:
 - Cantonés Ruso Español
 - Vietnamita
 - Otro: _____

He leído este formulario, o me lo han leído.

Nombre en letra molde: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Continúe a la siguiente página

Información de contacto complementaria y opcional para los solicitantes de vivienda asistidas por el HUD

SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VIVIENDA ASISTIDA POR EL GOBIERNO FEDERAL

Este formulario debe entregarse a cada solicitante de una vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Usted tiene derecho por ley a incluir como parte de su solicitud de vivienda el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información pertinente de un familiar, amigo u organización social, de salud, de defensa o de otro tipo. Esta información de contacto sirve para identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier problema que surja durante su arrendamiento o para ayudar a proporcionar alguna atención o servicio especial que necesite. **Usted puede actualizar, eliminar o cambiar la información que proporciona en este formulario en cualquier momento.** No está obligado a proporcionar esta información de contacto, pero si decide hacerlo, incluya la información pertinente en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
Teléfono :	Teléfono celular :
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
Teléfono :	Teléfono celular :
Dirección de correo electrónico (si tiene):	
Relación con el solicitante:	
Motivo de contacto: (Marque todos los que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayudar en el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> Es imposible contactar con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en las condiciones del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Finalización de la ayuda con la renta	<input type="checkbox"/> Cambio en las normas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la renta	
Compromiso de la Autoridad de Viviendas o del Propietario: Si le aprueban la vivienda, esta información se guardará como parte de su expediente de inquilino. Si surgen problemas durante su arrendamiento o si necesita algún servicio o atención especial, podemos comunicarnos con la persona u organización que usted haya indicado para que nos ayude a resolver los problemas o a prestarle algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no se divulgará a nadie, excepto si lo permite el solicitante o la ley aplicable.	
Notificación legal: El artículo 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que se ofrezca a cada solicitante de una vivienda con asistencia federal la opción de proporcionar información sobre una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de la vivienda se compromete a cumplir con los requisitos de no discriminación e igualdad de oportunidades de la sección 5.105 del Título 24 del CFR, incluyendo las prohibiciones de discriminación en la admisión o la participación en programas de vivienda con asistencia federal por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y situación familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición de discriminación por edad según la Ley de Discriminación por Edad de 1975.	

Marque esta casilla si decide no proporcionar la información de contacto.

--	--

Firma del solicitante

Fecha

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario se presentaron a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) en virtud de la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). La carga de información pública se estima en 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de revisión de las instrucciones, la búsqueda de fuentes de datos existentes, la recopilación y el mantenimiento de los datos necesarios, y la finalización y revisión de la recopilación de la información. El artículo 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (42 U.S.C. 13604) impuso al HUD la obligación de exigir a los proveedores de vivienda que participan en los programas de vivienda asistida del HUD que ofrezcan a toda persona o familia que solicite la ocupación de una vivienda asistida por el HUD la opción de incluir en la solicitud de ocupación el nombre, la dirección, el número de teléfono y otros datos pertinentes de un familiar, amigo o persona asociada a una organización social, de salud, de defensa o similar. El objetivo de proporcionar dicha información es facilitar el contacto del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el inquilino para ayudar a proporcionar servicios o atención especial al inquilino y ayudar a resolver cualquier

problema del arrendamiento que surja durante el periodo de ocupación de dicho inquilino. Esta información complementaria de la solicitud debe ser conservada por el proveedor de vivienda y mantenerse como información confidencial. Proporcionar la información es fundamental para las operaciones del Programa de Vivienda Asistida por del HUD y es voluntario. Sirve de apoyo a los requisitos legales y a los controles administrativos y del programa que previenen el fraude, el desperdicio y la mala gestión. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites, una agencia no puede realizar o promover una recopilación de información, y una persona no está obligada a responderla, a menos que la recopilación muestre un número de control de OMB actualmente válido.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550, autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recopilar toda la información (excepto el número del Seguro Social (SSN) que será utilizada por el HUD para proteger los datos de los desembolsos contra acciones fraudulentas.

Formulario HUD- 92006 (05/09)

Autorización para la divulgación de información / Aviso de la Ley de Privacidad

al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los EE.UU. y a la Agencia/Autoridad de Vivienda (HA)

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.
Oficina de Vivienda Pública y para Nativos Americanos

No. de control OMB: 2501-0014
Exp. 1/31/2014

PHA que solicita la divulgación de información: **(Tache el espacio si no hay ninguna)**
(Dirección completa, nombre de la persona de contacto, y fecha)

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

Con atención a: _____

Fecha: _____

IHA que solicita la divulgación de información: **(Tache el espacio si no hay ninguna)**
(Dirección completa, nombre de la persona de contacto, y fecha)

Autoridad: La sección 904 de la Ley de Modificaciones a la Asistencia a las Personas sin Hogar de Stewart B. McKinney de 1988, según se enmendó por la sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la sección 3003 de la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1993. Esta ley se encuentra en 42 U.S.C. 3544

Esta ley requiere que usted firme un formulario de consentimiento que autoriza a: (1) HUD y la Agencia/Autoridad de Vivienda (HA) para solicitar la verificación del salario y sueldo de los empleadores actuales o anteriores; (2) HUD y la HA para solicitar información sobre salarios y solicitudes de compensación por desempleo a la agencia estatal responsable de mantener esa información; (3) HUD para solicitar cierta información sobre la declaración de impuestos a la Administración del Seguro Social de los EE.UU. y al Servicio de Impuestos Internos de los EE.UU. La ley también exige la verificación independiente de la información de ingresos. Por lo tanto, HUD o la HA pueden solicitar información a las instituciones financieras para verificar su elegibilidad y nivel de beneficios.

Propósito: Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza a HUD y a la HA antes mencionada a solicitar información sobre ingresos de las fuentes mencionadas en el formulario. HUD y la HA necesitan esta información para verificar los ingresos de su grupo familiar, a fin de garantizar que sea elegible para los beneficios de vivienda asistida y que estos beneficios estén establecidos en el nivel correcto. HUD y la HA pueden participar en programas computacionales de comparación con estas fuentes para verificar su elegibilidad y nivel de beneficios.

Usos de la información que se obtendría: HUD está obligado a proteger la información de ingresos que obtenga de acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD puede divulgar información (excepto información de declaración de impuestos) para ciertos usos de rutina, como a otras agencias gubernamentales con fines judiciales, a agencias federales con fines de idoneidad laboral y a las HA con el fin de determinar la asistencia de vivienda. La HA también está obligada a proteger la información de ingresos que obtenga de acuerdo con toda ley de privacidad estatal aplicable. Los empleados de HUD y las HA pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos inapropiados de la información de ingresos que se obtenga en base al formulario de consentimiento. **Los propietarios privados no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

Quién debe firmar el formulario de consentimiento: Cada miembro de su grupo familiar que tenga 18 años de edad o más debe firmar el formulario de consentimiento. Se deben obtener firmas adicionales de los nuevos miembros adultos que se unen al grupo familiar o cuando miembros del grupo alcancen los 18 años de edad.

Se requiere que firmen este formulario de consentimiento las personas que solicitan o reciben asistencia al amparo de los siguientes programas::

Vivienda pública de renta de propiedad de PHA
Oportunidades de adquisición de vivienda Turnkey III
Oportunidad de adquisición de vivienda de Ayuda Mutua
Viviendas de renta de la Sección 23 y 19(c)
Pagos de asistencia para la vivienda de la Sección 23
Vivienda de renta para Nativos Americanos propiedad de HA
Certificado de renta Sección 8
Cupón de renta Sección 8
Rehabilitación moderada Sección 8

Omitir firmar el formulario de consentimiento: Si usted omite firmar el formulario de consentimiento, se le podría negar la elegibilidad o se podrían cancelar los beneficios de vivienda asistida, o ambos. La denegación de la elegibilidad o la cancelación de los beneficios está sujeta a los procedimientos de agravio de la HA y los procedimientos de audiencia informal de la Sección 8.

Fuentes de información a ser obtenida

Agencias estatales de recopilación de información salarial. (Este consentimiento se limita a los salarios y compensación por desempleo que he recibido durante períodos de los últimos 5 años en los que he recibido beneficios de vivienda asistida.)

Administración del Seguro Social de los EE.UU. (sólo HUD). (Este consentimiento se limita a la información salarial y de autoempleo y a los pagos de los ingresos del retiro según se refiera en la sección 6103(l)(7)(A) del Código de Impuestos Internos.)

Servicio de Impuestos Internos de los EE.UU. (sólo HUD). (Este consentimiento se limita a los ingresos no ganados [es decir, intereses y dividendos].)

La información también se puede obtener directamente de: (a) los empleadores actuales y anteriores en lo que respecta a salarios y sueldos y (b) las instituciones financieras en lo que respecta a los ingresos no salariales (es decir, intereses y dividendos). Entiendo que la información de ingresos obtenida de estas fuentes se utilizará para verificar la información que yo presente para determinar la elegibilidad para los programas de vivienda asistida y el nivel de beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento sólo autoriza la divulgación directa por parte de los empleadores y las instituciones financieras de información sobre todo período dentro de los últimos 5 años en los que he recibido beneficios de vivienda asistida.

Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que HUD o la HA soliciten y obtengan información de ingresos de las fuentes mencionadas en este formulario con el propósito de verificar mi elegibilidad y el nivel de mis beneficios al amparo de los programas de vivienda asistida de HUD. Entiendo que las HA que reciban información de ingresos conforme a este formulario de consentimiento no deben utilizarla para denegar, reducir o cancelar la asistencia sin antes verificar de manera independiente cuál fue la cantidad, si yo realmente tuve acceso a los fondos y cuándo se recibieron los fondos. Además, se me debe dar la oportunidad de rebatir esas determinaciones.

Este formulario de consentimiento vence 15 meses después de la fecha de la firma.

Firmas:

Jefe(a) de la familia	Fecha	Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha
Número de seguro social (si lo hay) de jefe(a) de familia		Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha
Cónyuge	Fecha	Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha
Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha	Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Fecha

Aviso de la Ley de Privacidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado a recopilar esta información por la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d), y por la Ley de Vivienda Justa (42 U.S.C. 3601-19). La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (42 U.S.C. 3543) requiere que los solicitantes y participantes presenten el número del seguro social de cada miembro del grupo familiar que tenga seis años o más. Propósito: HUD está recopilando información de sus ingresos y otros datos para determinar su elegibilidad, el número adecuado de dormitorios, y el monto que su familia pagará de la renta y los servicios públicos. Otros usos: HUD usa la información de los ingresos de su familia y otros datos para ayudar a administrar y monitorear los programas de vivienda asistida por HUD, para proteger el interés financiero del gobierno y para verificar la exactitud de la información que usted presenta. Esta información puede divulgarse a las agencias federales, estatales y locales apropiadas, cuando sea relevante, y a los investigadores y fiscales civiles, penales o reguladores. Sin embargo, la información no se revelará ni se divulgará fuera de HUD excepto según se permita o se exija conforme a la ley. Sanción: Usted debe presentar toda la información solicitada por la HA, incluidos todos los números del Seguro Social que tienen y usan usted y todos los demás miembros del grupo familiar de seis años o mayores. Es obligatorio dar los números del Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar de seis años o mayores, y el no hacerlo afectará su elegibilidad. El omitir presentar cualquier parte de la información solicitada puede resultar en un retraso o rechazo de la aprobación de su elegibilidad.

Sanciones por uso indebido de este consentimiento:

HUD, la HA y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD, la HA o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información recopilada sobre la base del formulario de consentimiento.

El uso de la información recopilada en base al formulario HUD-9886 está restringido a los fines citados en dicho formulario. Toda persona que conscientemente o intencionalmente solicite, obtenga o divulgue cualquier información bajo falsas pretensiones referente a algún solicitante o participante puede estar sujeta a un delito menor y recibir una multa no mayor a \$5,000.

Todo solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede demandar por la vía civil por daños, y buscar otro desagravio, según corresponda, contra el funcionario o empleado de HUD, de la HA o del propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido.



Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.
Oficina de Vivienda Pública y para Nativos Americanos

DEUDAS CON AGENCIAS DE VIVIENDA PÚBLICA Y TERMINACIONES

Aviso de reducción de papeleo: Se estima que el tiempo que le representa al destinatario proporcionar esta información es de un promedio de 7 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para que los destinatarios lean el documento, lo certifiquen, y lo guarden en archivo, en su caso. Esta información se utilizará en la tramitación de un contrato de arrendamiento. Es necesario responder a esta solicitud de información para recibir beneficios. La agencia no debe recopilar esta información, y usted no está obligado a llenar este formulario, a menos que lleve un número de control de la OMB válido actualmente. El número OMB es 2577-0266, y expira el 30 de abril de 2023.

AVISO A LOS SOLICITANTES Y PARTICIPANTES DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE AYUDA CON LA RENTA DE HUD:

- Vivienda Pública (24 CFR 960)
- Vale de elección de vivienda de la Sección 8, que incluye el Programa de Ayuda para Vivienda en caso de Desastre (24 CFR 982)
- Rehabilitación moderada Sección 8 (24 CFR 882)
- Vale basado en proyecto (24 CFR 983)

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos mantiene un registro nacional de deudas con las Agencias de Vivienda Pública (PHA) o con los arrendadores de la Sección 8, y de información adversa de ex participantes que han dado por terminada voluntaria o involuntariamente su participación en uno de los programas de HUD de ayuda con la renta mencionados anteriormente. Esta información se guarda en el sistema de Verificación de Ingresos Empresariales (EIV) de HUD, el cual se utiliza por las Agencias de Vivienda Pública (PHAs) y sus agentes de administración para verificar la información de empleo y de ingresos de los participantes del programa, así como para reducir los errores administrativos y de pago de ayuda con la renta. El sistema EIV está diseñado para ayudar a las agencias PHA y al HUD a asegurarse de que las familias sean elegibles para participar en los programas de ayuda con la renta de HUD y a determinar la cantidad correcta de ayuda con la renta a la que tiene derecho una familia. Todas las agencias PHA están obligadas a usar este sistema de acuerdo con las regulaciones de HUD en 24 CFR 5.233.

El HUD requiere que las agencias PHA, que administran los programas de vivienda de renta mencionados anteriormente, reporten cierta información al momento en que usted concluya su participación en un programa de ayuda con la renta de HUD. El presente aviso le da información sobre la información que la agencia PHA debe presentar a HUD, quiénes tendrán acceso a esta información, cómo se utiliza la información y cuáles son sus derechos. Las agencias PHA están obligadas a dar este aviso a todos los solicitantes y participantes del programa y usted debe acusar recibo de este aviso firmando la página 2. Cada miembro adulto del grupo familiar debe firmar este formulario.

¿Qué información sobre usted y su arrendamiento recopila el HUD de la agencia PHA?

Se recopila la siguiente información sobre cada miembro de su grupo familiar (la composición de la familia): nombre completo, fecha de nacimiento y número del seguro social.

Se recopila la siguiente información adversa una vez que su participación en el programa de vivienda haya terminado, ya sea que usted desocupe voluntaria o involuntariamente de una unidad subsidiada:

1. La cantidad de todo saldo que usted le deba a la agencia PHA o al propietario de la Sección 8 (hasta \$500,000) y la explicación del saldo adeudado. (es decir, la renta no pagada, la renta retroactiva (debido a ingresos no declarados y/o cambios en la composición de la familia) u otros cargos tales como daños y perjuicios, cargos por servicios públicos, etc.); y
2. Si usted ha firmado o no un acuerdo de pago por la cantidad que le debe a la agencia PHA; y
3. Si ha incumplido o no un acuerdo de pago; y
4. Si la agencia PHA ha obtenido o no un fallo en su contra; y
5. Si usted se ha declarado en bancarrota o no; y
6. La(s) razón(es) negativa(s) del fin de su participación o cualquier situación negativa (es decir, unidad abandonada, fraude, incumplimientos del contrato de arrendamiento, actividad criminal, etc.) hasta la fecha de finalización de la participación.

¿Quién tendrá acceso a la información recopilada?

Esta información estará disponible para los empleados de HUD, los empleados de la agencia PHA y los contratistas de HUD y de la agencia.

¿Y cómo se utilizará esta información?

Las agencias PHA tendrán acceso a esta información durante el tiempo de solicitud de ayuda con la renta y la reexaminación de los ingresos y la composición de la familia de los participantes existentes. Las agencias PHA podrán acceder a esta información para determinar la idoneidad de una familia para recibir ayuda inicial o continua con la renta, y para evitar dar ayuda federal limitada para la vivienda a familias que anteriormente no han podido cumplir con los requisitos del programa HUD. Si la información reportada es exacta, una agencia PHA puede dar por terminado su ayuda actual con la renta y negar su futura solicitud de ayuda con la renta de HUD, sujeto a las políticas de la agencia PHA.

¿Durante cuánto tiempo se mantiene en el sistema EIV la información sobre adeudos y terminaciones?

La información sobre adeudos y terminaciones se mantendrá en el sistema EIV durante un período de hasta diez (10) años a partir de la fecha de finalización de la participación o cualquier otro período que sea compatible con la ley estatal.

¿Cuáles son mis derechos?

De acuerdo con la Ley Federal de Privacidad de 1974, y sus enmiendas (5 USC 552a) y los reglamentos de HUD relativos a la aplicación de la Ley Federal de Privacidad de 1974 (24 CFR Parte 16) usted tiene los siguientes derechos:

1. A tener acceso a sus registros mantenidos por HUD, sujeto a 24 CFR Parte 16.
2. A recibir una revisión administrativa de la denegación inicial de HUD de su solicitud de tener acceso a sus registros mantenidos por HUD.
3. A que se corrija la información incorrecta en su registro si lo solicita por escrito.
4. A presentar una solicitud de apelación de una determinación adversa inicial sobre la solicitud de corrección o enmienda de registros en el plazo de los 30 días calendario posteriores a la emisión de la denegación por escrito.
5. A que su expediente sea divulgado a un tercero al recibir su solicitud escrita y firmada.

¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con la información sobre adeudos o terminaciones que se ha reportado sobre mí?

Si no está de acuerdo con la información reportada, usted debe comunicarse por escrito con la agencia PHA que ha reportado esta información sobre usted. El nombre, la dirección y los números de teléfono de la agencia aparecen en el informe de adeudos y terminaciones.

Usted tiene derecho a solicitar y obtener una copia de este informe de la agencia PHA. Informe a la PHA por qué usted no está de acuerdo con la información y proporcione documentación que apoye su disputa. Las políticas de retención de registros de HUD en 24 CFR Parte 908 y 24 CFR Parte 982 estipulan que la agencia PHA puede destruir sus registros al transcurrir tres años a partir de la fecha en que finaliza su participación en el programa. Para garantizar la disponibilidad de sus registros, se debe impugnar la información original sobre adeudos o terminaciones en el plazo de tres años a partir de la fecha de finalización de la participación; de lo contrario, se considerará que la información sobre adeudos o terminaciones es correcta. Sólo la agencia PHA que reportó la información adversa sobre usted puede eliminar o corregir su registro. El hecho de que usted se declare en bancarrota no resultará en la eliminación de la información sobre adeudos o terminaciones del sistema EIV de HUD. Sin embargo, si usted ha incluido esta deuda en su declaración de bancarrota y/o esta deuda ha sido cancelada por el tribunal de bancarrota, su registro será actualizado para incluir el indicador de bancarrota cuando usted presente a la agencia PHA la documentación de su situación de bancarrota.

La agencia le notificará por escrito de su acción con respecto a su disputa en el plazo de 30 días después de recibir su disputa por escrito. Si la agencia PHA determina que la información impugnada es incorrecta, la agencia actualizará o eliminará el registro. Si la agencia PHA determina que la información impugnada es correcta, la agencia dará una explicación de por qué la información es correcta.

Este aviso fue emitido por la agencia PHA que aparece a continuación:

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

Por este conducto reconozco que la agencia PHA me proporcionó la *Notificación de deudas con agencias de vivienda pública y terminaciones*:

Firma	Fecha
-------	-------

Nombre con letra de molde