



# Персональная декларация

Любое лицо, имеющее инвалидность или другую медицинскую проблему, которому требуется приспособление согласно данной форме, должно сообщить об этом в Агентство по распределению жилья г. Сан-Франциско.

**Инструкции по заполнению этой формы:** Заполняйте эту форму ЧЕРНИЛАМИ. ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПОЛЯ. Напишите «НЕ ПРИМЕНИМО» (англ. NONE), если информация не применима. Данную декларацию обязаны подписать все взрослые члены семьи, чтобы удостоверить точность сообщаемой информации.

## 1. Состав семьи

Перечислите всех членов семьи, начиная с главы семьи. Укажите правильное имя каждого члена семьи согласно документам согласно карточке социального обеспечения или документам, выданным Службой иммиграции и натурализации США. Если вам нужно больше места, воспользуйтесь дополнительным листом:

Имя <i>Фамилия, имя</i>	Связь с главой семьи	Дата рождения	Пол	Расовая принадлежность*	Этническая принадлежность*	Инвалидность (Да/Нет)	Номер социального страхования
	Глава семьи		<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.		<input type="checkbox"/> Латиноамер. <input type="checkbox"/> Не латиноамер.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
			<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.		<input type="checkbox"/> Латиноамер. <input type="checkbox"/> Не латиноамер.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
			<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.		<input type="checkbox"/> Латиноамер. <input type="checkbox"/> Не латиноамер.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
			<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.		<input type="checkbox"/> Латиноамер. <input type="checkbox"/> Не латиноамер.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
			<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.		<input type="checkbox"/> Латиноамер. <input type="checkbox"/> Не латиноамер.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
			<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.		<input type="checkbox"/> Латиноамер. <input type="checkbox"/> Не латиноамер.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
			<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.		<input type="checkbox"/> Латиноамер. <input type="checkbox"/> Не латиноамер.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

\* Эта информация предоставляется добровольно. Используется исключительно для статистических целей.

Почтовый адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Телефон:

Мобильный телефон:

Электронная почта:

### Контактная информация на случай чрезвычайной ситуации

Имя:

Родство/связь:

Телефон:

Адрес:

Город:

Штат:

## 2. Информация о семье

Ответьте, пожалуйста на все вопросы о составе семьи. Если вам нужно больше места, используйте дополнительный лист:

a. **Учащиеся.** Составьте список всех членов семьи, которые посещают школу или колледж.

Имя учащегося	Наименование учебного заведения	Дневное отделение или нет?	Получение финансовой помощи?
		<input type="checkbox"/> Дневное отделение <input type="checkbox"/> Вечернее отделение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		<input type="checkbox"/> Дневное отделение <input type="checkbox"/> Вечернее отделение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		<input type="checkbox"/> Дневное отделение <input type="checkbox"/> Вечернее отделение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

b. **Прочая информация о семье.** Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы.

Имеются ли члены семьи, которые временно или постоянно отсутствуют дома?

Да  Нет

Если да, поясните, пожалуйста:



Имеет ли кто-либо из членов семьи младше 6-ти лет повышенное содержание свинца в крови?  Да  Нет  
 Жил ли кто-либо из членов семьи в другом субсидированном жилье, а не от Агентства по распределению жилья  Да  Нет

Если да, поясните, пожалуйста:

Бывают ли у вас частые гости, остающиеся ночевать, или гости, остающиеся на ночь больше двух (2) раз в месяц? Если да, то просим указать имена гостей и пояснить.  Да  Нет

Был ли кто-либо из членов семьи обвинён в тяжком уголовном преступлении?  Да  Нет  
 Если да, укажите даты, пункты обвинения, город и штат:

Имеет ли кто-либо из членов семьи в настоящее время условное или условно-досрочное освобождение за тяжкое уголовное преступление?  Да  Нет  
 Если да, укажите даты и пункты обвинения:

Был ли кто-либо из членов семьи причастен к деятельности, связанной с наркотиками?  Да  Нет  
 Если да, укажите даты, пункты обвинения, город и штат:

Был ли кто-либо из членов семьи причастен к производству метамfetамина?  Да  Нет  
 Если да, укажите даты, пункты обвинения, город и штат:

Обязан ли какой-либо член семьи пожизненно регистрироваться в рамках государственной программы регистрации лиц, совершивших преступления на сексуальной почве?  Да  Нет  
 Если да, объясните и укажите даты происшествий:

Кто-либо из членов семьи в настоящее время проходит в суде по делу о тяжком преступлении?  Да  Нет  
 Если да, укажите характер дела, даты, пункты обвинения, город и штат:

Изменилось ли у кого-либо из членов семьи гражданство или иммиграционный статус?  Да  Нет  
 Если да, поясните, пожалуйста:

### 3. Доход семьи и активы

Включите весь полученный доход и активы или те, которыми владеют все члены семьи.

**Примечание: Укажите полный почтовый адрес работодателей, включая почтовый индекс.**

а. **Доход от работы по найму.** Если вам нужно перечислить больше 2 работодателей, используйте, пожалуйста, дополнительный лист.

Член семьи:	Наименование работодателя:	Родственное отношение:
Полный адрес работодателя (включая почтовый индекс):	Валовой доход: <input type="checkbox"/> в час <input type="checkbox"/> в неделю <input type="checkbox"/> в месяц	Кол-во рабочих часов в неделю:
Член семьи:	Название работодателя:	Родственное отношение:
Полный адрес работодателя (включая почтовый индекс):	Валовой доход: <input type="checkbox"/> в час <input type="checkbox"/> в неделю <input type="checkbox"/> в месяц	Кол-во рабочих часов в неделю:

б. **Другие виды семейного дохода.** Заполните ВСЕ поля. Если информация неприменима, напишите «не применимо» (англ. NONE).

Социальное пособие (на себя),	\$	в месяц	TANF (Денежная помощь),	\$	в месяц
Социальное пособие (другое),	\$	в месяц	Фуд-стемпы,	\$	в месяц
Пособие SSI,	\$	в месяц	Пособие по безр-це или на инвалидность,	\$	в месяц
Пенсия ветерана,	\$	в месяц	Грант на получение образования,	\$	в месяц
Другое,	\$	в месяц	Самозанятость,	\$	в месяц
Пособие на ребёнка,	\$	в месяц	Другое,	\$	в месяц

- Через штат Калифорния
- Через штат (указать):
- Кто непосредственно платит:



с. **Активы.** Если вы ответили утвердительно на любой из следующих вопросов, пожалуйста, поясните ниже.

- Имеете ли вы или какой-либо член семьи долю в доме, мобильным доме или недвижимости?  Да  Нет
- Продавали ли вы недвижимость за последние два (2) года?  Да  Нет
- Владеете ли вы акциями, облигациями или инвестициями на сумму более 5 000 долларов?  Да  Нет
- У вас есть текущий счет на сумму более 5 000 долларов?  Да  Нет
- У вас есть сберегательный счет на сумму более 5 000 долларов?  Да  Нет
- У вас есть депозитные сертификаты (CD) на сумму более 5 000 долларов?  Да  Нет

Перечислите все банковские счета, которыми владеет **каждый член** семьи. (Если вам нужно перечислить более трёх счетов, используйте, пожалуйста, дополнительный лист):

Член семьи	Номер счета	Название и адрес банка	Текущий баланс

d. **Другой доход и активы**

Помогает ли вам **регулярно в домашних расходах или в снабжении продовольствием** какое-либо  Да  Нет агентство или лицо, не являющееся членом вашей семьи?

Если да, поясните, пожалуйста:

Являетесь ли вы владельцем или совладельцем бизнеса **или недвижимости**?  Да  Нет

Указано ли ваше имя в качестве владельца или совладельца в регистрации **какого-нибудь автомобиля**?  Да  Нет да, то укажите модель, год выпуска и номерной знак каждого автомобиля:

Имеет ли кто-либо из членов семьи **полис страхования жизни с денежной стоимостью** (обычно  Да  Нет называемый «полис пожизненного страхования»)?

Кто? \_\_\_\_\_ Денежная стоимость, \$ \_\_\_\_\_ Номер полиса \_\_\_\_\_  
Полное наименование / адрес страховой компании: \_\_\_\_\_

**4. Расходы в семье**

У вас есть **расходы по уходу за несовершеннолетними детьми в семье**?  Да  Нет

Месячная сумма: \$ \_\_\_\_\_

Если да, то просим указать **ФИО и почтовый адрес** ухаживающего за вашим ребенком:

Вы получаете финансовую помощь от штата на расходы по уходу за детьми?  Да  Нет

Месячная сумма: \$ \_\_\_\_\_



## 5. Реализация активов

HUD требует, чтобы государственные жилищные агентства проверяли, избавлялись ли получатели помощи от аренды от каких-либо активов в течение последних 24 месяцев. "Реализовать" означает избавиться, продать или отдать. Активы включают в себя, но не ограничиваются: акции, облигации, сберегательные сертификаты, фонды денежного рынка, акции в недвижимом имуществе или другие капитальные вложения, денежная стоимость трастовых счетов, IRA, счета Кио, взносы в пенсионные фонды компании или пенсионные фонды, паушальные поступления, такие как наследство, прирост капитала, выигрыши в лотерею, страховые выплаты, личная собственность, которой владеют в виде инвестиций, такая, как драгоценные камни, ювелирные изделия, коллекции монет, машины, полисы пожизненных страховок с выплатой наличных денег, и т.д.

**За последние 24 месяца (2 года) продавали ли вы или кто-либо из членов вашей семьи какие-либо активы по цене ниже их рыночной стоимости?**

**ДА, у меня / у нас** выбыл актив.

**НЕТ, я / мы не** продавали активы.

**Если вы продали какой-либо актив(ы), выполните следующие действия:**

1. Что было активом? \_\_\_\_\_
2. Когда актив был продан? \_\_\_\_\_
3. Какова была стоимость актива на момент продажи? \_\_\_\_\_
4. Перечислите фактическую сумму, полученную за актив: \_\_\_\_\_



## 6. Сертификация

Данную декларацию обязаны подписать все взрослые члены семьи, чтобы удостоверить точность сообщаемой информации.

**Предоставление достоверной и полной информации:** Я подтверждаю, что вся предоставленная информация о составе семьи, доходе, семейном имуществе и предметах для выплаты пособий и удержаний является точной и полной, насколько мне известно.

**Сообщение об изменениях в доходе или составе домохозяйства:** Я знаю, что должен немедленно и письменно сообщать обо всех изменениях в доходе и размере семьи. Я понимаю правила и положения, касающиеся гостей / посетителей, и понимаю, когда я должен сообщать обо всех, кто останавливается у меня.

**Отчетность о предыдущей жилищной помощи:** Я подтверждаю, что раскрыл информацию о том, где я ранее получал федеральную жилищную помощь, а также о том, есть ли у меня какие-либо деньги. Я подтверждаю, что если я ранее получал помощь, я не совершал никакого мошенничества, умышленно искажал какую-либо информацию или освобождал квартиру в нарушение условий аренды.

**Отсутствие дублирования места жительства или помощи:** Я подтверждаю, что это жилище будет моим основным местом жительства, и я не получу дубликатов федеральной жилищной помощи, пока я участвую в этой текущей программе. Я не буду жить в другом месте, не уведомив об этом жилищное управление Сан-Франциско в письменной форме. Я не буду сдавать в субаренду свое субсидируемое жилье.

**Сотрудничество:** Я знаю, что от меня требуется сотрудничать в предоставлении всей информации, необходимой для определения моего права на льготы, уровня льгот или проверки моих истинных обстоятельств. Сотрудничество включает в себя посещение заранее запланированных встреч, заполнение и подписание необходимых форм. Я понимаю, что невыполнение или отказ сделать это может привести к задержкам, прекращению помощи или выселению.

**Уголовное и административное преследование за недостоверную информацию:** Я понимаю, что умышленное предоставление ложной, неполной или неточной информации наказуемо в соответствии с федеральным уголовным законодательством или законодательством штата. Я понимаю, что умышленное предоставление ложной, неполной или неточной информации является основанием для прекращения жилищной помощи или прекращения аренды.

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ! Раздел 18 раздела 1001 Кодекса Соединенных Штатов гласит, что лицо виновно в совершении уголовного преступления за умышленное предоставление ложных или мошеннических заявлений любому департаменту или агентству Соединенных Штатов.**

Своей подписью ниже я клянусь и подтверждаю, что вся информация, указанная в этой форме обо мне и моей семье, является верной и правильной, и я прочел и согласен с утверждениями, содержащимися в этой форме. Я также понимаю, что обо всех изменениях в составе семьи или доходе необходимо незамедлительно сообщать в жилищное управление Сан-Франциско в письменной форме.

Подпись главы семьи

Дата

Подпись супруга или другого взрослого

Дата

Подпись другого взрослого лица

Дата

Подпись другого взрослого лица

Дата



## МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

**Если глава семьи или супруг/супруга в возрасте 62 года или старше, или имеют инвалидность, то вы можете заполнить этот лист для учёта ваших семейных медицинских расходов при определении ваших жилищных льгот.** Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше, у которых имеются медицинские расходы, обязаны подписать эту форму, если их медицинские расходы подлежат учёту.

### **Разрешение на разглашение информации о здоровье в соответствии с HIPAA**

Подписывая эту форму, я разрешаю **работникам здравоохранения, указанным ниже**, разглашать Агентству по распределению жилья г. Сан-Франциско (SFHA), любую запрашиваемую информацию о стоимости моего медицинского лечения. SFHA может использовать эту информацию только с целью проверки моего права на помощь в обеспеченности жильём и/или суммы помощи.

Я знаю, что у меня есть право отозвать это разрешение в любое время, уведомив SFHA письменно по адресу: 1815 Эгбер-Авеню, Сан-Франциско, Калифорния, 94124. Мне понятно, что отзыв будет иметь место только после того, как он будет получен и учтён в SFHA. Мне понятно, что любое разглашение, имевшее место до отзыва в соответствии с настоящим разрешением, не подпадёт под отзыв.

**Если я письменно не отзываю разрешение, срок его действия закончится через шесть (6) месяцев с момента моей подписи ниже.**

Мне известно, что медработники, обслуживающие меня, не могут разглашать запрашиваемую информацию без моей подписи под этим разрешением, и что подписание мною или отказ подписать данное разрешение не повлияет на моё право получать лечение от моего медперсонала.

Мне известно, что я имею право на получение копии данного разрешения. Я имею право отказаться подписывать это разрешение. Мне понятно, что есть возможность того, что информация, использованная или разглашённая в соответствии с этим разрешением, может быть повторно разглашена её получателем и не будет больше защищена федеральным законом.

Я прочёл и понял это разрешение.

Подпись главы домохозяйства

Имя печатными буквами

Дата подписи

Подпись другого взрослого члена семьи

Имя печатными буквами

Дата подписи

Перечислите всех медработников, которым **вы платите из своего кармана**, чтобы SFHA могло связаться с ними для проверки ваших медицински\* расходов в семье. **Не указывайте медработников, чьи услуги полностью покрываются страховкой или тех, кому вы ничего не должны.**

Тип расходов	ФИО медработника, которому вы возмещаете этот расход	Полный почтовый адрес	Номер тел./факса	Сумма, выплачиваемая «из своего кармана»
<input type="checkbox"/> Страховка <input type="checkbox"/> Рецепты/лекарства <input type="checkbox"/> Врач/Стоматолог/Больница <input type="checkbox"/> Уход за служебным животным <input type="checkbox"/> Другое				
<input type="checkbox"/> Страховка <input type="checkbox"/> Рецепты/лекарства <input type="checkbox"/> Врач/Стоматолог/Больница <input type="checkbox"/> Уход за служебным животным <input type="checkbox"/> Другое				
<input type="checkbox"/> Страховка <input type="checkbox"/> Рецепты/лекарства <input type="checkbox"/> Врач/Стоматолог/Больница <input type="checkbox"/> Уход за служебным животным <input type="checkbox"/> Другое				
<input type="checkbox"/> Страховка <input type="checkbox"/> Рецепты/лекарства <input type="checkbox"/> Врач/Стоматолог/Больница <input type="checkbox"/> Уход за служебным животным <input type="checkbox"/> Другое				

Если у вас имеется больше медперсонала, чем вы можете указать здесь, сделайте, пожалуйста, копию этого листа.

Страница 6 из 10

1815 Эгберт-Авеню

Сан-Франциско, Калифорния, 94124

Телефон HCV: (415) 715-5200 Телетайп: (415) 467-6754

www.SFHA.org



## Инструкции: Заполните эту форму для всех членов семьи.

Взрослые в возрасте 18 лет и старше должны подписать свою часть формы. Родитель или законный опекун обязан расписаться за детей в возрасте до 18 лет.

Имя члена семьи печатными буквами	Установите соответствующий флажок:	Подпись:	Дата:
Глава семьи (имя печатными буквами):	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Не гражданин с легальным иммиграционным статусом. Мне понятно, что я должен предоставить документацию о легальном статусе этого члена семьи. <input type="checkbox"/> Решил не указывать, что он или она являются гражданами или имеют легальный иммиграционный статус. <input type="checkbox"/> Мне понятно, что это может повлиять на сумму жилищной помощи, которую моя семья будет получать. <input type="checkbox"/> Не гражданин США, не имеет легального иммиграционного статуса	Подпись главы домохозяйства	Дата
Член семьи №2 (имя печатными буквами):	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Не гражданин с легальным иммиграционным статусом. Мне понятно, что я должен предоставить документацию о легальном статусе этого члена семьи. <input type="checkbox"/> Решил не указывать, что он или она являются гражданами или имеют легальный иммиграционный статус. <input type="checkbox"/> Мне понятно, что это может повлиять на сумму жилищной помощи, которую моя семья будет получать. <input type="checkbox"/> Не гражданин США, не имеет легального иммиграционного статуса	Возраст этого члена семьи 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если ДА, участник должен поставить свою подпись ниже. Если НЕТ, родитель или опекун члена семьи должен поставить свою подпись ниже.  Подпись	Дата
Член семьи №3 (имя печатными буквами):	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Не гражданин с легальным иммиграционным статусом. Мне понятно, что я должен предоставить документацию о легальном статусе этого члена семьи. <input type="checkbox"/> Решил не указывать, что он или она являются гражданами или имеют легальный иммиграционный статус. <input type="checkbox"/> Мне понятно, что это может повлиять на сумму жилищной помощи, которую моя семья будет получать. <input type="checkbox"/> Не гражданин США, не имеет легального иммиграционного статуса	Возраст этого члена семьи 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если ДА, участник должен поставить свою подпись ниже. Если НЕТ, родитель или опекун члена семьи должен поставить свою подпись ниже.  Подпись	Дата
Член семьи №4 (имя печатными буквами):	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Не гражданин с легальным иммиграционным статусом. Мне понятно, что я должен предоставить документацию о легальном статусе этого члена семьи. <input type="checkbox"/> Решил не указывать, что он или она являются гражданами или имеют легальный иммиграционный статус. <input type="checkbox"/> Мне понятно, что это может повлиять на сумму жилищной помощи, которую моя семья будет получать. <input type="checkbox"/> Не гражданин США, не имеет легального иммиграционного статуса	Возраст этого члена семьи 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если ДА, участник должен поставить свою подпись ниже. Если НЕТ, родитель или опекун члена семьи должен поставить свою подпись ниже.  Подпись	Дата



## Заявление об иммиграционном статусе, стр. 2

### Инструкции: Заполните эту форму для всех членов семьи.

Взрослые в возрасте 18 лет и старше должны подписать свою часть формы. Родитель или законный опекун обязан расписаться за детей в возрасте до 18 лет.

Имя члена семьи печатными буквами	Установите соответствующий флажок:	Подпись:	Дата:
Член семьи №5 (имя печатными буквами):	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Не гражданин с легальным иммиграционным статусом. Мне понятно, что я должен предоставить документацию о легальном статусе этого члена семьи. <input type="checkbox"/> Решил не указывать, что он или она являются гражданами или имеют легальный иммиграционный статус. <input type="checkbox"/> Мне понятно, что это может повлиять на сумму жилищной помощи, которую моя семья будет получать. <input type="checkbox"/> Не гражданин США, не имеет легального иммиграционного статуса	Возраст этого члена семьи 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если ДА, участник должен поставить свою подпись ниже. Если НЕТ, родитель или опекун члена семьи должен поставить свою подпись ниже.  Подпись	Дата
Член семьи №6 (имя печатными буквами):	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Не гражданин с легальным иммиграционным статусом. Мне понятно, что я должен предоставить документацию о легальном статусе этого члена семьи. <input type="checkbox"/> Решил не указывать, что он или она являются гражданами или имеют легальный иммиграционный статус. <input type="checkbox"/> Мне понятно, что это может повлиять на сумму жилищной помощи, которую моя семья будет получать. <input type="checkbox"/> Не гражданин США, не имеет легального иммиграционного статуса	Возраст этого члена семьи 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если ДА, участник должен поставить свою подпись ниже. Если НЕТ, родитель или опекун члена семьи должен поставить свою подпись ниже.  Подпись	Дата
Член семьи №7 (имя печатными буквами):	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Не гражданин с легальным иммиграционным статусом. Мне понятно, что я должен предоставить документацию о легальном статусе этого члена семьи. <input type="checkbox"/> Решил не указывать, что он или она являются гражданами или имеют легальный иммиграционный статус. <input type="checkbox"/> Мне понятно, что это может повлиять на сумму жилищной помощи, которую моя семья будет получать. <input type="checkbox"/> Не гражданин США, не имеет легального иммиграционного статуса	Возраст этого члена семьи 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если ДА, участник должен поставить свою подпись ниже. Если НЕТ, родитель или опекун члена семьи должен поставить свою подпись ниже.  Подпись	Дата
Член семьи №8 (имя печатными буквами):	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Не гражданин с легальным иммиграционным статусом. Мне понятно, что я должен предоставить документацию о легальном статусе этого члена семьи. <input type="checkbox"/> Решил не указывать, что он или она являются гражданами или имеют легальный иммиграционный статус. <input type="checkbox"/> Мне понятно, что это может повлиять на сумму жилищной помощи, которую моя семья будет получать. <input type="checkbox"/> Не гражданин США, не имеет легального иммиграционного статуса	Возраст этого члена семьи 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если ДА, участник должен поставить свою подпись ниже. Если НЕТ, родитель или опекун члена семьи должен поставить свою подпись ниже.  Подпись	Дата

**Если в вашей семье более 8 человек, сделайте копию этого листа, чтобы указать дополнительных членов семьи.**

# Разрешение на разглашение информации



**Все взрослые члены семьи должны прочитать и подписать данную форму.**

## Подписываясь ниже:

Я/мы, таким образом, разрешаем Агентству по распределению жилья г. Сан-Франциско и его персоналу связываться с любыми агентствами, источниками, офисами, группами или организациями для получения любой информации или материалов, которые считаются необходимыми для определения моего права на участие в этой программе/программах.

## Общая информация (то есть, источники дохода, активы, учёба в школе и др.):

Я/мы, таким образом, разрешаем любым и всем агентствам, источникам, офисам, группам или организациям связываться с Агентством по распределению жилья г. Сан-Франциско и его персоналом для полного сотрудничества и разглашать всю запрашиваемую информацию.

## Данные отдела занятости:

Далее, я/мы разрешаем Отделу развития занятости Калифорнии давать Агентству по распределению жилья г. Сан-Франциско информацию о моих данных в файле Отдела развития.

## Иммиграционные данные:

Эта форма разрешения, таким образом, подтверждает, что свидетельство иммиграционного статуса для членов моей семьи может быть разглашено Агентством по распределению жилья г. Сан-Франциско (1) Министерству жилищного строительства и городского развития США (HUD), как это требуется HUD, и (2) Службе иммиграции и натурализации (INS) для подтверждения иммиграционного статуса. HUD может сообщать подтверждение легального иммиграционного статуса в Службе иммиграции и натурализации (INS) с целью установления правомочия на финансовую помощь.

## Информация о здоровье:

Если я или моя супруга, или совместный глава семьи, являюсь престарелым или имею инвалидность, я также разрешаю Агентству по распределению жилья г. Сан-Франциско связываться с любыми медицинскими работниками, которых я укажу в целях подтверждения моих медицинских расходов в семье.

## Истечение срока разрешения:

Что касается получения медицинской информации, связанной со здоровьем, то данное разрешение заканчивается через шесть (6) месяцев, если я не отзываю его письменно.

Для целей получения информации, отличной от информации о здоровье и медицинской информации, данное разрешение не истекает, если оно не отменено мною в письменной форме.

**Копии данного документа могут использоваться для всех без исключения целей, описанных выше, и имеют ту же силу, что и оригинал.**

Все взрослые (в возрасте 18 лет и старше) в семье обязаны подписать:

Подпись	Имя, печатными буквами	Дата
Подпись	Имя, печатными буквами	Дата
Подпись	Имя, печатными буквами	Дата
Подпись	Имя, печатными буквами	Дата



## Заявление о семейных обязательствах

В соответствии с программами жилищной помощи, предлагаемыми Агентством по распределению жилья г. Сан-Франциско, участвующие семьи должны выполнять Семейные обязательства, чтобы продолжать участвовать в программе. Нарушение любого из обязательств может привести к прекращению помощи. Семейные обязательства:

- Семья должна предоставлять всю информацию, определяемую РНА или HUD как необходимую, включая предоставление требуемого подтверждения гражданства или легального иммиграционного статуса.
- Семья должна предоставлять любую информацию, запрашиваемую РНА или HUD для использования при регулярной плановой повторной проверке или промежуточной проверке семейного дохода или состава семьи.
- Семья должна предоставить и подтвердить номера социального обеспечения, и подписать и представить формы соглашения на получение информации.
- Любая информация, сообщаемая семьей, должна быть правдивой и полной.
- Семья должна быть ответственной за нарушение любых Стандартов качества жилья (HQS) семьей, вызванных отказом оплачивать предоставляемые жильцам бытовые услуги или бытовые приборы, или повреждения жилой квартиры или дома, кроме естественного износа, вызванные любым членом семьи или гостем.
- Семья должна разрешать РНА инспектировать квартиру приемлемое количество раз и после соответствующего уведомления.
- Семья не должна совершать никаких серьезных или повторных нарушений договора об аренде.
- Семья должна сообщать РНА и владельцу перед тем, как съехать с квартиры или прекратить аренду.
- Семья должна соответствовать требованиям договора об аренде относительно письменного уведомления владельца о съезде с квартиры. Семья должна подать письменное уведомление РНА в то же самое время, что и владельцу.
- Семья должна в кратчайшие сроки предоставлять РНА копию любого письма владельца о выселении.
- Семья должна использовать субсидированную квартиру для проживания семьи. Квартира должна быть единственным местом жительства семьи.
- Состав семьи, жильё которой субсидируют, проживающей в квартире, должен быть утверждён РНА. Семья должна в кратчайшие сроки письменно сообщать в РНА о рождении, усыновлении/удочерении или опеке ребёнка, присуждённой судом. Семья должна попросить утверждения РНА для добавления любого другого члена семьи в качестве жильца квартиры.
- Семья должна в кратчайшие сроки письменно уведомить РНА о том, что какой-либо член семьи больше не проживает в квартире.
- Семья не должна сдавать квартиру в субаренду, передавать аренду или передавать квартиру.
- Семья должна передавать любую информацию, запрашиваемую РНА для подтверждения того, что семья проживает в квартире, или информацию, связанную с отсутствием семьи в квартире.
- Семья должна в кратчайшие сроки сообщать в РНА, если семья отсутствует в квартире.
- Семья должна оплачивать счета за бытовые услуги, и иметь и обслуживать все бытовые приборы, предоставление которых не требуется от владельца по договору об аренде.
- Семья не должна владеть квартирой или иметь какой-либо интерес в ней (за исключением кооператива и владельцев промышленного дома, сдающих в аренду площадь в промышленном доме).
- Никто из членов семьи не должен мошенничать, брать или получать взятки, или совершать какие-либо коррупционные или криминальные действия в связи с программой.
- Члены семьи не должны участвовать в криминальной деятельности, связанной с наркотиками или с насильственными криминальными преступлениями, или с другой криминальной деятельностью, которая угрожает здоровью, безопасности или праву на спокойную жизнь других жильцов и лиц, живущих в непосредственной близости от квартир.
- Члены семьи не должны злоупотреблять алкоголем в такой степени, чтобы это угрожало здоровью, безопасности и праву на спокойную жизнь других жильцов и лиц, живущих в непосредственной близости от квартир.
- Семья или член семьи, жильё которых субсидируется, не должны получать Ваучеры на выбор жилья (HCV), получая другую жилищную субсидию за ту же самую квартиру или другую квартиру по любой другой федеральной, местной программе или программе уровня штата жилищной помощи.
- Семья не должна получать помощь программы HCV/ENV, проживая в квартире, которой владеет родитель, ребёнок, бабушка, дедушка, внук, сестра или брат члена семьи, за исключением случая, когда РНА определило (и сообщило владельцу и семье о таком определении), что утверждение квартиры для аренды, несмотря на такое родство, будет представлять собой разумное приспособление для члена семьи, имеющего инвалидность.

**Я подписываюсь внизу в том, что я прочёл/прочла и понял/поняла семейные обязательства. (Должны подписать все взрослые в возрасте 18 лет и старше).**

Подпись	Имя, печатными буквами	Дата
Подпись	Имя, печатными буквами	Дата
Подпись	Имя, печатными буквами	Дата

Жилищное управление Сан-Франциско (SFHA) желает обеспечить эффективную связь и услуги для всех клиентов, включая лиц, плохо владеющих английским языком, и лиц с ограниченными возможностями. Цель этой формы - собрать информацию, которая поможет нам лучше обслуживать вас.

<b>Языки</b>		
<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)	Английский
<input type="checkbox"/>	Mark this box if your household reads and writes English and does not require written English translations of SFHA documents.	
	<i>SFHA предоставляет языковые услуги. Из-за ограниченных ресурсов все документы SFHA могут недоступны в вашем языковом предпочтении. В качестве альтернативы SFHA бесплатно предоставит устного переводчика.</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。 [кантонский]	Китайский
<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。 [мандаринский]	
<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。	
<input type="checkbox"/>	<i>三藩市房屋管理局(SFHA)提供語言服務。由於資源有限，所有三藩市房屋管理局的文件可能無法提供你所選擇的語言版本。作為替代方案，三藩市房屋管理局將提供免費的口頭翻譯服務。</i>	
<input type="checkbox"/>	Установите этот флажок, если для Вашего домашнего хозяйства требуется переводчик для любого устного общения со специалистами SFHA.	Русский язык
<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 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.	Испанский язык
<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.	Вьетнамский
<input type="checkbox"/>	Đánh dấu ô vuông nếu hộ gia đình của bạn muốn có bản dịch của những tài liệu của жилищное управление Сан-Франциско (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"/>	Отметьте это поле, если ваша семья говорит на языке, не указанном выше, и для устного общения с Управлением жилищного строительства Сан-Франциско (SFHA) требуется переводчик). Пожалуйста, укажите язык здесь:	Другой язык
<input type="checkbox"/>	Отметьте это поле, если ваша семья читает и пишет на языке, не указанном выше, и требует письменного перевода документов SFHA. Пожалуйста, укажите язык здесь:	
	<i>SFHA предоставляет языковые услуги. Из-за ограниченных ресурсов все документы SFHA могут недоступны в вашем языковом предпочтении. В качестве альтернативы SFHA бесплатно предоставит устного переводчика.</i>	

**Разумное приспособление для людей с ограниченными возможностями**

Брайль    Крупный шрифт    Жестовый язык     Другое (укажите):

## Жилищное управление Сан-Франциско / Обозначение языка / альтернативного формата

Жилищное управление Сан-Франциско (SFHA) хочет обеспечить эффективную связь и услуги для всех своих клиентов. Сюда входят люди с ограниченными возможностями и люди, которые плохо говорят по-английски.

Цель этой формы - собрать информацию, которая поможет нам лучше обслуживать вас.

### Виды общения

SFHA может общаться с инвалидами несколькими способами. Поставьте отметку ниже, чтобы сообщить нам, в какой форме вы хотели бы получать информацию от SFHA.

- Мне не нужны письменные материалы в другом формате.
- Мне нужны письменные материалы в следующем формате.
  - Крупный шрифт: **Это шрифт размером 18 пунктов.**
  - Аудиозапись: Текст записан на аудиокассету.
  - Шрифт Брайля: Письменный текст предоставляется шрифтом Брайля.
  - Электронный формат: Письменный материал сохраняется в виде «обычного текста» на компакт-диске или 3,5-дюймовом гибком диске.
  - Устный язык: Письменные материалы зачитываются вслух сотрудником SFHA лично или по телефону.
- Мне нужен переводчик с языка жестов.
- Другое (пожалуйста, поясните):

### Ваш язык

- Я говорю по-английски и читаю по-английски, и мне не нужна помощь в общении с SFHA.
- Я говорю по-английски, но мне нужна помощь с оформлением документов.
- Я не говорю и не читаю по-английски, и мне нужны письменные материалы на:
  - Китайский
  - Русский
  - Испанский
  - Вьетнамский
  - Другой:
- Я не говорю и не читаю по-английски, и мне нужно устное общение на:
  - Кантонский
  - Русский
  - Испанский
  - Вьетнамский
  - Другое:

**Я прочитал эту форму или мне ее прочитали.**

Имя печатными буквами:

Дата:

Подпись:

Дополнительная и дополнительная контактная информация для соискателей жилья, получающих помощь от HUD

## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ НА ЖИЛЬЕ С ФЕДЕРАЛЬНОЙ ЖИЛИЩНОЙ ПОМОЩЬЮ

Эта форма должна быть предоставлена каждому заявителю на получение жилья с федеральной помощью

**Инструкции: Необязательное контактное лицо или организация:** По закону вы имеете право включить в свое заявление о предоставлении жилья имя, адрес, номер телефона и другую соответствующую информацию о члене семьи, друге или социальной, медицинской, правозащитной или другой организации. Эта контактная информация предназначена для идентификации лица или организации, которые могут помочь в решении любых проблем, которые могут возникнуть во время вашей аренды, или для оказания помощи в предоставлении любого специального ухода или услуг, которые могут вам потребоваться. **Вы можете обновить, удалить или изменить информацию, которую вы предоставляете в этой форме, в любое время.** Вы не обязаны предоставлять эту контактную информацию, но если вы решите это сделать, включите соответствующую информацию в эту форму.

<b>Имя заявителя:</b>
<b>Почтовый адрес:</b>
<b>Номер телефона:</b> <b>Мобильный телефон:</b>
<b>Имя дополнительного контактного лица или организации:</b>
<b>Адрес:</b>
<b>Номер телефона:</b> <b>Мобильный телефон:</b>
<b>Электронная почта (если применимо):</b>
<b>Связь с заявителем:</b>
<b>Дата (отметьте все необходимое)</b> <input type="checkbox"/> Контакт на случай чрезвычайной ситуации <input type="checkbox"/> Не могут вам помочь <input type="checkbox"/> Прекращение выдачи жилищной помощи <input type="checkbox"/> Выселение из квартиры/единицы <input type="checkbox"/> Несвоевременная оплата аренды <input type="checkbox"/> Помощь в процессе повторной сертификации <input type="checkbox"/> Изменение условий аренды <input type="checkbox"/> Изменение домашних правил <input type="checkbox"/> Другое: _____
<b>Обязательства жилищного управления или собственника:</b> Если вы получили разрешение на получение жилья, эта информация будет храниться в вашем досье арендатора. Если проблемы возникают во время аренды или если вам требуются какие-либо услуги или особый уход, мы можем связаться с указанным вами лицом или организацией, чтобы помочь в решении проблем или в предоставлении вам каких-либо услуг или особого ухода.
<b>Заявление о конфиденциальности:</b> Эта информация может быть разглашена соответствующим федеральным, штатовским и местным агентствам, когда это уместно, а также гражданским, уголовным или распорядительным следователям и работникам прокуратуры.
<b>Юридическое уведомление:</b> Раздел 644 Закона о жилищном строительстве и общинном развитии 1992 г. (общественный закон 102-550, утвержденный 28 октября 1992 г.) требует, чтобы каждому заявителю на получение жилья с федеральной помощью была предложена возможность предоставить информацию о дополнительном контактном лице или организации. Принимая заявление заявителя, поставщик жилья соглашается соблюдать требования о недискриминации и равных возможностях, изложенные в 24 CFR, раздел 5.105, включая запрет на дискриминацию при приеме или участии в жилищных программах, поддерживаемых государством, на основании расы, цвета кожи, религии, национального происхождения, пола, инвалидности и семейного положения в соответствии с Законом о справедливых жилищных условиях, а также запретом на дискриминацию по возрасту в соответствии с Законом о дискриминации по возрасту 1975 г.

Поставьте этот флажок, если решите не предоставлять контактную информацию.

### Подпись заявителя

### Дата

Требования к сбору информации, содержащиеся в этой форме, были представлены в Управление управления и бюджета (OMB) в соответствии с Законом о сокращении документооборота 1995 г. (44 USC 3501-3520). Бремя публичной отчетности оценивается в 15 минут на ответ, включая время на просмотр инструкций, поиск существующих источников данных, сбор и сохранение необходимых данных, а также завершение и анализ сбора информации. Раздел 644 Закона о жилищном строительстве и общинном развитии 1992 года (42 USC 13604) наложил на HUD обязательство требовать от поставщиков жилья, участвующих в программах жилищной помощи HUD, предоставлять любому человеку или семье, подающей заявку на проживание в жилье, поддерживаемом HUD, с возможностью включения в заявку на занятие именем, адресом, номером телефона и другой соответствующей информацией члена семьи, друга или человека, связанного с социальной, медицинской, правозащитной или аналогичной организацией. Целью предоставления такой информации является содействие контакту поставщика жилья с лицом или организацией, указанной арендатором для оказания помощи в предоставлении любых услуг или особого ухода за арендатором и помощи в решении любых вопросов, связанных с арендой, возникающих во время аренды такого арендатора. Эта дополнительная информация о заявлении должна храниться у поставщика жилья и храниться как конфиденциальная информация.

Предоставление информации является основным условием работы программы HUD помощи в получении жилья и является добровольным. Он поддерживает законодательные требования, а также программы и средства управления, которые предотвращают мошенничество, расточительство и бесхозяйственность. В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота агентство не может проводить или спонсировать сбор информации, а от лица не требуется отвечать, если только в коллекции не отображается действующий в настоящее время контрольный номер OMB.

**Санкции за злоупотребление настоящим соглашением:** Общественный закон 102-550 уполномочивает Департамент жилищного строительства и городского развития (HUD) собирать всю информацию (кроме номера социального страхования (SSN)), которая будет использоваться HUD для защиты данных о выплатах от мошеннических действий. Форма HUD-92006 (05/09)

**Разрешение на разглашение информации/уведомление по Закону о защите персональных данных в адрес Министерства жилищного строительства и городского развития (HUD) и агентства/органа по жилищным вопросам (НА)**  
 Министерство жилищного строительства и городского развития США,  
 Управление государственного и индейского жилищного строительства

**РНА Агентство/орган по вопросам государственного жилищного строительства (РНА) или вопросам жилищного строительства для индейцев (ИНА), запрашивающий информацию** (полный адрес, имя и фамилия контактного лица, дата):

**Основания:** раздел 904 Закона Стюарта Б. МакКинни о внесении изменений в Закон о помощи бездомным от 1988 г. с изменениями и дополнениями согласно разделу 903 Закона о жилищном строительстве и развитии общин от 1992 г. и разделу 3003 Всеобщего закона об урегулировании бюджетных противоречий от 1993 г. Этот закон входит в состав Свода законов США (глава 42, раздел 3544). Этот закон обязывает вас подписать бланк согласия, предоставляющий право: (1) Министерству жилищного строительства и городского развития (HUD) и органу/агентству по жилищным вопросам (НА) запрашивать подтверждение заработной платы у нынешних и предыдущих работодателей; (2) HUD и НА запрашивать информацию о заработной плате и выплатах пособия по безработице у государственного органа, ответственного за хранение такой информации; (3) HUD запрашивать определенную информацию из налоговой декларации у Администрации социального обеспечения США и Налоговой службы США.

Раздел 104 Закона о жилищных возможностях за счет модернизации жилья от 2016 г. Соответствующие положения содержатся в разделе 1437п главы 42 Свода законов США. Этот закон обязывает вас подписать бланк согласия, предоставляющий НА право запрашивать подтверждение любой финансовой информации у любых финансовых учреждений в соответствии с Законом о тайне финансовых операций (раздел 3401 главы 12 Свода законов США) во всех случаях, когда НА считает, что такая информация необходима для определения права заявителя или участника программы на получение помощи или размера пособий.

**Цель:** подписывая данный бланк согласия, вы предоставляете HUD и вышеназванному НА право запрашивать информацию о доходах из источников, перечисленных в бланке. Эта информация необходима HUD и НА, чтобы подтвердить доходы вашей семьи и убедиться в том, что у вас есть право на получение пособий на оплату жилья и размер этих пособий определен правильно. HUD и НА могут участвовать в программах перекрестной компьютерной проверки данных, полученных из этих источников, чтобы подтвердить ваше право на пособия и их размер.

**Использование получаемой информации:** HUD обязано защищать получаемую информацию о доходах в соответствии с Законом о защите персональных данных от 1974 г. (раздел 552а главы 5 Свод законов США). В некоторых регламентированных случаях HUD вправе раскрывать такую информацию (за исключением сведений из налоговой декларации), например, другим государственным учреждениям в целях обеспечения правопорядка, федеральным ведомствам — для установления трудоспособности и НА — для определения размеров пособия на оплату жилья. НА также обязан защищать получаемую информацию о доходах в соответствии со всеми действующими законами штата о конфиденциальности. Сотрудники HUD и НА могут быть подвергнуты взысканиям за несанкционированное разглашение или неправомерное использование информации о доходах, полученной на основании бланка согласия. **Частные собственники не вправе запрашивать или получать информацию, предусмотренную в данном бланке.**

**Кто обязан подписать бланк согласия:** бланк согласия обязаны подписать все члены вашей семьи в возрасте 18 лет и старше. Кроме того, его обязаны подписывать все новые совершеннолетние члены семьи после присоединения к семье, а также все несовершеннолетние члены семьи при достижении ими возраста 18 лет.

Подписывать этот бланк согласия обязаны лица, обращающиеся за помощью или получающие ее в рамках следующих программ:

- государственной программы жилищного строительства;
- ваучерной программы подбора жилья;
- программы умеренной реабилитации согласно разделу 8.

**Отсутствие подписи на бланке согласия:** ваш отказ от подписания бланка согласия может привести к отказу в праве на получение пособий на оплату жилья, к прекращению выплаты таких пособий или к тому, и к другому. Отказ в праве на пособия и прекращение выплаты пособий можно обжаловать в порядке обжалования, установленном НА, а также в порядке неофициального разбирательства согласно Разделу 8.

**Отзыв согласия:** в случае отзыва вами своего согласия РНА лишится возможности проверять вашу информацию, хотя сопоставление данных между HUD и другими учреждениями продолжит автоматически осуществляться в системе проверки доходов предприятий (EIV, сокр. от Enterprise Income Verification), если семья не будет исключена из программы.

**Источники получаемой информации**

Государственные агентства по сбору информации о заработной плате. (Данное согласие распространяется исключительно на заработную плату и пособия по безработице, полученные мною в период получения пособий на оплату жилья.)

Администрация социального обеспечения США (только для HUD) (Данное согласие распространяется исключительно на информацию о заработной плате и индивидуальной трудовой деятельности, а также о пенсионных выплатах согласно разделу 6103(1)(7)(A) Налогового кодекса США.)

Налоговая служба США (только для HUD) (Данное согласие распространяется исключительно на доход, полученный не от собственной деятельности (то есть на процентный доход и дивиденды).)

Информация также может получаться непосредственно из следующих источников: (а) от нынешних и бывших работодателей (о заработной плате) и (б) от финансовых учреждений в соответствии с Законом о тайне финансовых операций (раздел 3401 главы 12 Свода законов США) во всех случаях, когда НА считает, что такая информация необходима для определения права заявителя или участника программы на получение помощи или размера пособий. Я осознаю, что информация о доходах, полученная из указанных источников, будет использована для проверки предоставленной мною информации при установлении моего права на участие в программах выплаты пособий на оплату жилья и размера пособий. Таким образом, данный бланк согласия предоставляет разрешение только на раскрытие информации непосредственно от работодателей и финансовых учреждений.

**Согласие. Я разрешаю HUD и НА запрашивать и получать информацию о доходах из источников, перечисленных в этом бланке, с целью проверки моего права на получение пособий по программам выплаты пособий на оплату жилья HUD и размера этих пособий. Я осознаю, что НА, получающие информацию о доходах в соответствии с настоящим бланком согласия, не вправе использовать ее для отказа в оказании, сокращения размера или прекращения оказания материальной помощи без предварительной независимой проверки ее суммы, фактического наличия у меня доступа к этим средствам и того, когда они были получены. Кроме того, мне должна быть предоставлена возможность оспорить эти решения.**

Данный бланк согласия сохраняет свою силу до (i) вынесения окончательного отрицательного решения в отношении заявителя на получение помощи, (ii) прекращения права участника на получение помощи от HUD и РНА или (iii) прямого отзыва разрешения заявителем на получение помощи или ее получателем (либо соответствующим членом семьи) в письменном уведомлении, направленном HUD или РНА, в зависимости от того, что наступит раньше.

**Подписи:**

Глава семьи	Дата		
Номер социального страхования (при наличии) главы семьи		Другой член семьи старше 18 лет	Дата
Супруг или супруга	Дата	Другой член семьи старше 18 лет	Дата
Другой член семьи старше 18 лет	Дата	Другой член семьи старше 18 лет	Дата
Другой член семьи старше 18 лет	Дата	Другой член семьи старше 18 лет	Дата

**Уведомление по Закону о защите персональных данных.** Основания: Министерство жилищного строительства и городского развития (HUD) вправе собирать эту информацию согласно Закону США о жилищном строительстве от 1937 г. (раздел 1437 и последующие разделы главы 42 Свода законов США), части VI Закона о гражданских правах от 1964 г. (раздел 2000d главы 42 Свода законов США) и Закону о справедливом решении жилищных вопросов (разделы 3601–19 главы 42 Свода законов США). Цель: этот бланк предоставляет HUD и вышеназванному НА право запрашивать информацию для подтверждения доходов вашей семьи, чтобы удостовериться в том, что вы вправе получать пособия на оплату жилья и размер этих пособий определен правильно. Непредоставление той или иной запрошенной информации может привести к задержке утверждения или отказу в утверждении вашего права.

**Санкции за неправомерное использование данного согласия:** HUD и НА (а также любые сотрудники HUD и НА) могут быть подвергнуты взысканиям за несанкционированное разглашение или неправомерное использование информации, собранной на основании бланка согласия. Использование информации, собранной на основании формы HUD 9886, ограничено лишь теми целями, которые указаны в форме HUD 9886. Любое лицо, которое сознательно или намеренно запрашивает, получает или раскрывает какую-либо информацию о заявителе или участнике программы под ложными предлогами, может быть обвинено в административном правонарушении и оштрафовано на сумму, не превышающую 5000 долл. США. Любой заявитель или участник программы, пострадавший от раскрытия информации по халатности, может, в зависимости от обстоятельств, подать гражданский иск о возмещении ущерба или воспользоваться иными средствами судебной защиты в отношении должностного лица или сотрудника HUD или НА за несанкционированное разглашение или неправомерное использование этой информации.

**Указание затрат времени АБУ.** По оценкам, официальные затраты времени на сбор данной информации составляют 0,16 часа для новых разрешений и 0,08 часа для членов семьи, которым исполнилось 19 лет, включая время на изучение, поиск существующих источников данных, сбор и сохранение необходимых данных, а также на обработку и анализ собранной информации. Сбор информации о доходах и имуществе необходим для определения права на участие в программе. Отправка бланка согласия (формы HUD 9886) необходима для того, чтобы РНА могли выполнить требования раздела 904 Закона Стюарта Б. МакКинни о внесении изменений в Закон о помощи бездомным от 1988 г. с изменениями и дополнениями согласно разделу 903 Закона о жилищном строительстве и развитии общин от 1992 г. и разделу 3003 Всеобщего закона об урегулировании бюджетных противоречий от 1993 г. (раздел 3544 главы 42 Свода законов США), а также раздела 104 Закона о жилищных возможностях за счет модернизации жилья (НОТМА) и обеспечить возможность проверки информации о наличии права и доходах заявителей и участников программы со стороны HUD и РНА. Вся собираемая информация защищена от разглашения Законом о конфиденциальности. Комментарии по представленной оценке временных затрат, а также по любым другим аспектам сбора указанной информации, в том числе предложения по сокращению временных затрат, следует направлять в Управление государственного и индейского жилищного строительства (Министерство жилищного строительства и городского развития США, Вашингтон, округ Колумбия, 20410). При отправке комментариев необходимо указывать контрольный номер Административно-бюджетного управления (АБУ) 2577-0295. HUD не вправе проводить и финансировать сбор информации, а лицо не обязано реагировать на него, если сбор осуществляется без указания действительного контрольного номера.

**Управление жилищного строительства и городского развития США**  
**Отдел жилищных вопросов муниципального и индейского населения**  
**ЗАДОЛЖЕННОСТЬ ПУБЛИЧНЫМ ЖИЛИЩНЫМ АГЕНТСТВАМ И ПРЕКРАЩЕНИЕ**  
**ОБЯЗАТЕЛЬСТВ**

**Уведомление о сокращении бумажного документооборота:** Бремя публичной отчетности для этого сбора информации оценивается в среднем в 7 минут на ответ. Это включает время для респондентов, чтобы прочитать документ и заверить его, а также любую бремя ведения документации. Эта информация будет использована при оформлении аренды. Ответ на этот запрос информации необходим для получения пособия. Агентство может не собирать эту информацию, и вы не обязаны заполнять эту форму, если она не отображает действующий в настоящее время контрольный номер OMB. Номер OMB - 2577-0266, срок действия истекает 30.04.2023.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ И УЧАСТНИКОВ СЛЕДУЮЩИХ ПРОГРАММ ПОМОЩИ HUD В АРЕНДЕ:**

- Государственное жилье (24 CFR 960)
- Ваучер на выбор жилья по разделу 8, включая программу жилищной помощи в случае стихийных бедствий (24 CFR 982) Раздел 8 Средняя реабилитация (24 CFR 882)
- Ваучер на проектную основу (24 CFR 983)

Департамент жилищного строительства и городского развития США ведет национальный репозиторий долгов перед государственными жилищными агентствами (РНА) или арендодателями по программе 8, а также неблагоприятную информацию о бывших участниках, которые добровольно или недобровольно прекратили участие в одной из перечисленных программ помощи аренды жилых помещений. Эта информация хранится в системе HUD по верификации дохода (EIV), которая используется государственными жилищными агентствами (РНА) и их агентами по управлению для проверки информации о занятости и доходе участников программы, а также для уменьшения количества административных ошибок и ошибок при выплате пособий по аренде. Система EIV предназначена для помощи РНА и HUD в обеспечении права семей участвовать в программах помощи HUD по аренде и в определении правильного размера помощи в аренде, на которую семья имеет право. Все РНА обязаны использовать эту систему в соответствии с правилами HUD, изложенными в 24 CFR 5.233.

HUD требует от РНА, которая управляет перечисленными выше программами аренды жилья, сообщать определенную информацию по завершении вашего участия в программе HUD по оказанию помощи в аренде жилья. В этом уведомлении содержится информация о том, какую информацию РНА должна предоставить HUD, кто будет иметь доступ к этой информации, как эта информация будет использоваться и ваши права. РНА должны предоставить это уведомление всем заявителям и участникам программы, и вы должны подтвердить получение этого уведомления, подписав страницу 2. Эту форму должен подписать каждый взрослый член семьи.

**Какую информацию о вас и вашей аренде HUD собирает от РНА?**

О каждом члене вашего домохозяйства (составе семьи) собирается следующая информация): полное имя, дата рождения и номер социального страхования.

По окончании вашего участия в жилищной программе, независимо от того, добровольно или недобровольно вы выезжаете из приюта, собирается следующая неблагоприятная информация:

1. Сумма любого остатка, который вы должны перед РНА или арендодателем программы 8 (до 500 000 долларов США) и объяснение причитающегося остатка (например, невыплаченная арендная плата, арендная плата, начисленная задним числом (из-за неучтенного дохода и / или изменения в составе семьи) или другие расходы, таких как убытки, коммунальные платежи); а также
2. Заключили ли вы соглашение о погашении суммы, которую вы должны АГЖС; и
3. Нарушены ли вы дефолт по соглашению о погашении кредита; и
4. Вынесло ли РНА судебное решение против вас; и
5. Подали ли вы заявление о банкротстве; и
6. Отрицательная причина (-ы) прекращения вашего участия или какой-либо отрицательный статус (т. Е., заброшенная квартира, мошенничество, нарушение договора аренды, преступная деятельность и т. д.) на дату окончания участия.

**У кого будет доступ к собранной информации?**

Эта информация будет доступна сотрудникам HUD, сотрудникам РНА и подрядчикам HUD и РНА.

**Как будет использоваться эта информация?**

РНА будет иметь доступ к этой информации во время подачи заявления на получение помощи в аренде и повторной проверки доходов и состава семьи существующих участников. РНА сможет получить доступ к этой информации, чтобы определить, подходит ли семья для первоначальной или продолжающейся помощи в аренде, и избежать предоставления ограниченной федеральной жилищной помощи семьям, которые ранее не могли выполнять требования программы HUD. Если предоставленная информация верна, РНА может прекратить вашу текущую помощь по аренде и отклонить ваш будущий запрос на помощь HUD по аренде в соответствии с политикой РНА.

**Как долго информация о задолженности и расторжении хранится в EIV?**

Информация о задолженности и закрытии счетов будет храниться в EIV в течение периода до десяти (10) лет с даты окончания участия или другого периода в соответствии с законодательством штата.

**Какие у меня права?**

В соответствии с Федеральным законом о конфиденциальности 1974 года с поправками (5 USC 552a) и правилами HUD, относящимися к реализации Федерального закона о конфиденциальности 1974 года (24 CFR Part 16), вы имеете следующие права:

1. Чтобы иметь доступ к вашим записям, которые ведет HUD, в соответствии с 24 CFR Часть 16.
2. Иметь административную проверку первоначального отказа HUD в вашем запросе на доступ к вашим записям пользователя HUD.
3. Исправить неверную информацию в вашей записи по письменному запросу.
4. Подать апелляцию на первоначальное отрицательное решение об исправлении или изменении запроса на запись в течение 30 календарных дней после выдачи письменного отказа.
5. Чтобы ваша запись была раскрыта третьей стороне после получения вашего письменного и подписанного запроса.

**Что мне делать, если я оспариваю предоставленную мне информацию о долге или расторжении договора?**

Если вы не согласны с предоставленной информацией, вам следует письменно связаться с АГЖС, которая сообщила эту информацию о вас. Имя, адрес и номера телефонов РНА указаны в отчете о причитающейся задолженности и расторжении договора.

Вы имеете право запросить и получить копию этого отчета от РНА. Сообщите РНА, почему вы оспариваете информацию и предоставьте любую документацию, которая поддерживает ваш спор. Политика HUD в отношении хранения записей, изложенная в 24 CFR Part 908 и 24 CFR Part 982, предусматривает, что РНА может уничтожить ваши записи через три года с даты окончания вашего участия в программе. Чтобы обеспечить доступность ваших записей, споры об исходной задолженности или информации о прекращении должны быть разрешены в течение трех лет с даты окончания участия; в противном случае информация о долге и расторжении договора будет считаться верной. Только РНА, сообщившая неблагоприятную информацию о вас, может удалить или исправить вашу запись.

Ваша заявка о банкротстве не приведет к удалению информации о причитающейся задолженности или прекращению ее действия из системы EIV HUD. Однако, если вы указали этот долг в своей заявке на банкротство и / или этот долг был погашен судом по делам о банкротстве, ваша запись будет обновлена, чтобы включить индикатор банкротства, когда вы предоставите АГЖС документацию о своем статусе банкротства.

РНА уведомит вас в письменной форме о своих действиях в отношении вашего спора в течение 30 дней с момента получения вашего письменного возражения. Если РНА определит, что оспариваемая информация неверна, РНА обновит или удалит запись. Если РНА определит, что оспариваемая информация верна, РНА предоставит объяснение, почему эта информация является корректной.

Это Уведомление было предоставлено РНА, указанным ниже:

**ЖИЛИЩНОЕ УПРАВЛЕНИЕ САН-ФРАНЦИСКО**  
(San Francisco Housing Authority)  
1815 Эгберт-Авеню,  
Сан-Франциско, Калифорния, 94124

**Я подтверждаю, что РНА предоставила мне Задолженность РНА и извещение о прекращении обязательств:**

Подпись

Дата

Имя, печатными буквами