



**Autoridad de Viviendas de la Ciudad y Condado de San Francisco**  
**Formulario de solicitud de audiencia**

### Formulario de solicitud de audiencia

Usted debe presentar su solicitud de audiencia en el plazo de los quince (15) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el hecho. Se programará una audiencia informal en el plazo de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de esta solicitud.

#### Información del participante

<b>Nombre:</b>	<b>Identificación del cliente:</b>
<b>Dirección:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Tel:</b>

#### Especifique su solicitud

**Revisión del cálculo de la renta**

**Audiencia informal** – *Por favor, especifique el asunto que desea impugnar y la fecha de la comunicación.*

Una determinación de mis ingresos anuales o ajustados, y el uso de dichos ingresos para calcular el pago de la asistencia de vivienda (incluyendo no haber recibido un aviso con 30 días de anticipación sobre un aumento en su parte). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Una determinación del subsidio apropiado de servicios públicos (si lo hay) para los servicios públicos pagados por el inquilino. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

La determinación del tamaño de la unidad familiar (el tamaño del vale). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Una determinación para cancelar la asistencia debido a las acciones o la falta de acción de mi familia. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Una determinación para cancelar la asistencia porque el participante ha estado ausente de la unidad asistida por más tiempo que el período máximo permitido según la política de la PHA y las reglas del HUD. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Una determinación para cancelar mi contrato de autosuficiencia familiar, retener los servicios de apoyo, o proponer la confiscación de la cuenta de depósito en garantía de la familia. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Una denegación de una Adaptación Razonable. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Audiencia formal** – *Por favor, marque esta casilla sólo si ya ha tenido una audiencia informal y desea impugnar la decisión de la audiencia informal.*

**He adjuntado una copia del aviso que estoy impugnando:**  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Se puede encontrar una copia del procedimiento de agravio en [www.sfha.org](http://www.sfha.org). Si usted o alguien de su familia es una persona con discapacidades, y necesita una adaptación específica para utilizar plenamente nuestros programas y servicios, por favor comuníquese con la Autoridad de Viviendas de la Ciudad y Condado de San Francisco.*