

NEW AVENUES TO INDEPENDENCE, INC.

**SOLICITUD DE CUPÓN PARA LA
LISTA DE ESPERA DEL PROGRAMA
DE VIVIENDA DE LA SECCIÓN 8**



Completar y enviar a:

New Avenues to Independence, Inc.

At.: Section 8 Office

17608 Euclid Avenue

Cleveland, OH 44112

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR Y ENVIAR LA SOLICITUD:

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

La solicitud debe completarse en tinta, por el jefe de familia, quien debe ser una persona adulta (de 18 años o más) con capacidad legal para celebrar contratos de arrendamiento. En caso de que la solicitud la complete un tutor u otro adulto en representación del jefe de familia, éste deberá firmar la solicitud en la página 6, verificando la exactitud de la información.

INSTRUCCIONES DE ENVÍO POR CORREO

New Avenues ordenará las solicitudes según las preferencias y la fecha del sello postal. Las solicitudes deberán contener uno de los siguientes medios de prueba del envío:

- (1) sello postal del servicio de correo de los Estados Unidos con fecha legible;
- (2) acuse de recibo legible con la fecha de envío estampada por el servicio de correo de los Estados Unidos, indicando el material que se envía;
- (3) franqueo para el envío de la solicitud completada que consiste en una estampilla de franqueo de primera clase.

New Avenues **no aceptará** ninguno de los siguientes medios de prueba del envío:

- (1) sello postal privado; o
- (2) acuse de recibo cuya fecha no haya sido estampada por el correo de los Estados Unidos.

Los solicitantes deben tener presente que el correo de los Estados Unidos no acostumbra entregar sellos postales fechados. En el caso de solicitudes recibidas fuera de término, se notificará al solicitante que éstas no se tendrán en cuenta.

El orden de la lista de espera se determinará según la fecha del sello postal de la solicitud que New Avenues reciba y la cantidad de preferencias locales acumuladas en razón de discapacidad e ingresos. **Se aceptará sólo una solicitud por solicitante.** Los duplicados se descartarán; New Avenues conservará la solicitud con la fecha más reciente. Las solicitudes con igual fecha de sello postal e idénticas preferencias locales se ordenarán mediante un proceso de lotería y, en consecuencia, se colocarán en la lista de espera. New Avenues notificará a los solicitantes su orden en la lista de espera.

NEW AVENUES TO INDEPENDENCE, INC. SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA DE LA SECCION 8

COMPLETE ESTA SOLICITUD ÍNTEGRAMENTE. SI NO BRINDA INFORMACIÓN VERAZ Y COMPLETA, ES POSIBLE QUE EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD SE DEMORE. NO DEJE NINGÚN ESPACIO EN BLANCO.

PARTE A: COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

1. Nombre legal del jefe de familia: _____

2. N° de Seguro Social: _____ 3. N° de registro como extranjero: _____

4. Domicilio actual: _____

5. Teléfono particular: _____ 6. Teléfono laboral: _____ 7. Teléfono laboral del cónyuge: _____

8. Fecha de nacimiento: _____ 9: Sexo (M/F): _____

10. Ciudadanía - ¿Tiene ciudadanía de los Estados Unidos (Sí/No)? ____ Si la respuesta es negativa, complete el casillero D 14 abajo.

11. Raza (1=Blanco, 2=Negro/Afroamericano, 3=Amerindio/Nativo de Alaska, 4=Asiático, 5=Nativo de Hawai/Otras islas del Pacífico). Seleccione cuantos códigos correspondan para poder identificar mejor su raza:

12. Etnia (1=Hispano o latino, 2=Ni hispano ni latino): _____

13. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar manifiestan tener algún tipo de discapacidad a los fines de poder gozar de una adaptación razonable en las políticas o normas de los organismos de vivienda pública (PHA), modificación en la unidad familiar o necesidades de vivienda específicas? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, haga una descripción: _____

14. MENCIONE A TODOS LOS MIEMBROS QUE HABITARÁN LA VIVIENDA

A – Indique la relación de cada miembro con el jefe de familia, utilizando los siguientes códigos: (H= jefe, S= cónyuge, K= co-jefe, F= menor o adulto en custodia, Y= otro menor de 18 años, E= estudiante de jornada completa mayor de 18 años, L= acompañante con residencia permanente, A=otro adulto)

B – Seleccione todos los códigos correspondientes que mejor identifiquen la raza de cada miembro: (1=Blanco, 2=Negro/Afroamericano, 3=Amerindio/Nativo de Alaska, 4=Asiático, 5=Nativo de Hawai/Otras islas del Pacífico)

C – Seleccione el código que mejor identifique la etnia de cada miembro: (1=Hispano o latino, 2=Ni hispano ni latino)

Número de miembro	Nombre legal completo del miembro	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo M/F	A Relación con el jefe	Ciudadano de EE.UU. Sí/No	B Raza	C Etnia	D N° Seguro Social/ N° Reg. Extranj.
02									
03									
04									
05									

15. Si hay miembros adicionales en el hogar marque aquí ____ y adjunte los datos a la solicitud en una hoja por separado.

PARTE B: DROGAS/ACTIVIDAD CRIMINAL – LAS NORMAS FEDERALES ESTABLECEN QUE LOS ORGANISMOS DE VIVIENDA DEBEN HACER PREGUNTAS A LOS SOLICITANTES Y PARTICIPANTES SOBRE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON DROGAS O CRÍMENES VIOLENTOS

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar fue desalojado de viviendas o asilos públicos debido a crímenes violentos o actividades relacionadas con drogas? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique: ¿Cuándo?: _____
 ¿Por qué motivo?: _____
 Nombre del miembro del hogar: _____
 Nombre de la vivienda/asilo público: _____
2. ¿Usted o algún miembro de su hogar fue condenado por la fabricación o producción de metanfetamina (estimulante) en las instalaciones de la vivienda o asilo público? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique: Nombre del miembro del hogar: _____
 Nombre de la vivienda/asilo público: _____
3. ¿Usted o algún miembro de su hogar está inscripto de por vida por haber cometido un delito sexual? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique: Nombre del miembro del hogar: _____
4. ¿Usted o algún miembro de su hogar abusa o tiene patrones de abuso de alcohol? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique: Nombre del miembro del hogar: _____
 ¿Dicho miembro está actualmente en un programa de tratamiento? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, brinde una descripción: _____

PARTE C: INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Ingreso bruto del hogar: US\$ _____

1. ¿Trabaja de **tiempo completo, medio tiempo o por estaciones** – incluidos los salarios, honorarios, propinas, bonos, dinero por servicios? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique:

a. Nombre del miembro del hogar:	c. Nombre del miembro del hogar:
Nombre del empleador:	Nombre del empleador:
Domicilio del empleador:	Domicilio del empleador:
Teléfono del empleador:	Teléfono del empleador:
b. Nombre del miembro del hogar:	d. Nombre del miembro del hogar:
Nombre del empleador:	Nombre del empleador:
Domicilio del empleador:	Domicilio del empleador:
Teléfono del empleador:	Teléfono del empleador:

2. ¿Recibe beneficios del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique: Nombre del miembro del hogar: _____

Monto: _____

Los beneficios del Seguro Social se reciben conforme a: _____

3. ¿Recibe beneficios de desempleo, seguro por accidente de trabajo o indemnización por despido? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique:

Nombre del miembro del hogar: _____

Tipo de beneficio: _____

Monto: _____

Nombre y domicilio del empleador: _____

4. ¿Recibe asistencia económica de la unidad de recuperación de apoyo infantil o directamente del padre ausente? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique:

a. Nombre del menor:	c. Nombre del menor:
Nombre del padre ausente:	Nombre del padre ausente:
Monto de la asistencia económica:	Monto de la asistencia económica:
b. Nombre del menor:	d. Nombre del menor:
Nombre del padre ausente:	Nombre del padre ausente:
Monto de la asistencia económica:	Monto de la asistencia económica:

5. ¿Recibe cuota por alimentos? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique: Nombre del miembro: _____

Monto: _____ Nombre del ex-cónyuge: _____

6. ¿Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? (Sí/No) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique: Nombre del miembro: _____

Monto: _____

7. ¿Recibe ingresos por jubilación o pensión? (Sí/No)) ____ Si la respuesta es afirmativa, indique: Nombre del miembro: _____

Monto: _____

Tipo de jubilación/pensión: _____

Domicilio de jubilación/pensión: _____

Nº de beneficio: _____

PARTE E: GASTOS

1. A continuación, indique el monto mensual de gastos de su hogar:

Renta:	Teléfono:	Atención médica:	Tarjeta de crédito:
Electricidad:	Cuota del auto:	Cable:	Tarjeta de crédito:
Gas:	Seguro del auto:	Seguro:	Préstamo:
Agua:	Cuidados del menor:	Arriendos:	Otros:

SÓLO PARA FAMILIAS CON PERSONAS MAYORES/DISCAPACITADAS

2. ¿Paga cuidados de atención o equipos para miembro(s) del hogar con discapacidades a fin de que esa persona o algún otro miembro del hogar pueda trabajar? Si la respuesta es afirmativa, indique el monto mensual:

3. ¿Qué costo mensual representa para usted dicho cuidado y/o equipos? _____

4. ¿Tiene Medicare? (Sí/No) _____ Si la respuesta es afirmativa, indique la cuota mensual: _____

5. ¿Tiene otro tipo de seguro médico? (Sí/No) _____ Si la respuesta es afirmativa, indique:

a. Nombre de la compañía aseguradora:	b. Nombre de la compañía aseguradora:
Nombre del agente de seguros:	Nombre del agente de seguros:
Domicilio de la compañía aseguradora:	Domicilio de la compañía aseguradora:
Monto de la prima mensual:	Monto de la prima mensual:

6. ¿Paga actualmente facturas pendientes por servicios médicos? (Sí/No) _____ Si la respuesta es afirmativa, indique el monto mensual:

7. ¿Estima que deberá incurrir en gastos médicos adicionales en los próximos doce meses que no serán cubiertos por su seguro médico? (Sí/No) _____ Si la respuesta es afirmativa, indique el monto mensual:

CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD/PARTICIPANTE

Certifico que la información suministrada a New Avenues to Independence, Inc. (NATI) sobre la composición y características del hogar, drogas y actividad criminal, ingresos, activos y gastos, es veraz y completa. Comprendo que la información o declaraciones falsas son pasibles de penas conforme a las leyes federales y constituyen un motivo para negar o extinguir la asistencia para la vivienda.

ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18 DEL ARTÍCULO 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE COMETER UN DELITO SI, A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE, EFECTÚA DECLARACIONES FALSAS O DOLOSAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO U ORGANISMO DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Firma del jefe de familia: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

