

Para calificar en el condado de Brazoria

- El jefe de familia debe tener 18 años de edad al momento de presentar la solicitud.
- Todos los adultos mayores de 18 años deben tener una licencia de conducir válida o una tarjeta de identificación emitida por el gobierno.
- Todos los adultos mayores de 18 años deben estar dispuestos a seguir todas las reglas y requisitos del programa.
- Los antecedentes penales y el historial de alquiler deben ser satisfactorios.
 - No tener condenas ni desalojos por actividades delictivas violentas o relacionadas con drogas en los últimos 5 años (a los miembros del hogar con condenas o desalojos por producir metanfetamina o delincuentes sexuales registrados se les negará de forma permanente)
- Debe vivir actualmente en el condado de Brazoria:
 - Ciudad de Iowa Colony (7 min/3,2 mi)
 - Brookside Village (19 min/11,8 mi)
 - Alvin (23 min/14,3 mi)
 - Angleton (30 min/26,4 millas)
 - Pradera de Bailey (34 min/46,4 km)
 - Damon (37 min/32,0 mi)
 - Brazoria (41 min/36,9 mi)
 - Clute (42 min/39,7 millas)
- **AL MENOS UN MIEMBRO DEL HOGAR DEBE TENER UNA DISCAPACIDAD DOCUMENTADA**
- ¿El ingreso anual total del hogar debe ser igual o inferior al límite de ingresos de HOME de HUD?

Límites de ingresos del área metropolitana FMR del HUD del condado de Brazoria, TX								
TAMAÑO DEL HOGAR								
	1 PERSON	2 PERSONAS	3 PERSONAS	4 PERSONAS	5 PERSONAS	6 PERSONAS	7 PERSONAS	8 PERSONAS
Límites del 30%	\$22,350	\$25,550	\$28,750	\$31,900	\$34,500	\$37,050	\$39,600	\$42,150
Ingresos muy bajos	\$37,250	\$42,550	\$47,850	\$53,150	\$57,450	\$61,700	\$65,950	\$70,200
Límites del 60%	\$44,700	\$51,060	\$57,420	\$63,780	\$68,940	\$74,040	\$79,140	\$84,240
Bajos ingresos	\$59,550	\$68,050	\$76,550	\$85,050	\$91,900	\$98,700	\$105,500	\$112,300



Apartado Postal 764815
Teléfono: (972) 803-0432

Dallas, Texas 75376-4815
Correo electrónico: lhitr@lhiteas.org

ASUNTO: Lazarus House Initiative, Inc. Programa de autosuficiencia del condado de Brazoria para personas con discapacidades

Lazarus House Initiative, Inc., es una organización local sin fines de lucro basada en la fe que se ocupa de las necesidades humanas y los servicios sociales. Nuestro Proyecto de Vivienda, Empoderamiento y Liberación del Condado de Brazoria (HELP, por sus siglas en inglés) ofrece un programa de autosuficiencia de 36 meses para personas con discapacidades en el que los participantes del programa reciben asistencia para el depósito de seguridad o de servicios públicos y asistencia para el alquiler mensual o los servicios públicos, según los ingresos.

Las siguientes páginas contienen el paquete de admisión para los hogares que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

Imprima este paquete. A continuación, utilice las instrucciones para guiarse en la finalización de cada página del paquete. Una vez que haya completado el paquete, según las instrucciones, revise cuidadosamente cada página para asegurarse de haber proporcionado información completa y precisa, así como de haber firmado y fechado según se requiere. Además, asegúrese de incluir **TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS según sea necesario para su hogar.**

Lista de documentos requeridos

1. Licencia de conducir/tarjeta de identificación de todos los miembros adultos del hogar
2. Tarjetas de seguridad social de los miembros adultos y los niños (si corresponde)
3. Actas de nacimiento de los niños (si corresponde)
4. Comprobante de todos los ingresos de los últimos tres meses, incluidos talones de cheques, órdenes/pagos de manutención de menores, cartas/pagos de beneficios por desempleo, órdenes/pagos de compensación laboral, carta de concesión de beneficios por discapacidad y subsidios de asistencia para la adopción, etc., según corresponda
5. Comprobante de falta de vivienda, según corresponda
6. Extracto bancario mensual completo de **TODAS** las cuentas corrientes y **TODAS** las cuentas de CashApp, Zelle, PayPal Y Venmo, si las hubiera, **durante los últimos seis meses**
7. Extracto bancario mensual completo de **TODAS** las cuentas de ahorro **Y TODAS** las tarjetas de cuentas prepagas, como Direct Express, Sim One, etc., **durante el último mes**

Puede enviar su solicitud inicial por correo electrónico a Dane Evans a devans@lhiteas.org. Sin embargo, debe enviar por correo postal la copia original de su solicitud junto con copias de sus documentos de respaldo. Nuestra dirección postal es:

Lazarus House Initiative, Inc.
ATTN: Dr. C. Williams
P.O. Box 764815
Dallas, TX 75376-4815

***** Asegúrese de colocar suficiente franqueo en el sobre porque ya no pagamos por faltantes.**

Una vez que recibamos y revisemos sus documentos, le enviaremos por correo electrónico una cita para completar el papeleo adicional. Si tiene alguna pregunta sobre los requisitos, comuníquese con Dane Evans a devans@lhiteas.org. No tener toda la documentación requerida podría causar una demora en el procesamiento de su solicitud y posiblemente hacer que su caso se cierre, lo que significa que podría hacer que no reciba asistencia.

Atentamente,

Administración de LHI

Instrucciones para completar el Paso 1

Formularios del Paso 1

1. Solicitud de admisión (5 páginas; 1 página de firma; debe estar firmada por el solicitante y los miembros del hogar mayores de 18 años)
2. Suplemento a la Solicitud de Admisión (1 página; debe ser firmada por el solicitante)
3. Formulario de autorización y consentimiento (1 página; debe estar firmado por el solicitante y los miembros del hogar que **son mayores de 18 años**)

Solicitud de admisión

Página 1

Sección A. Información del administrador

No tienes que hacer nada en esta sección.

Sección B. Información de contacto del solicitante

(Usted está proporcionando información sobre cómo nosotros, el Estado o HUD podemos comunicarnos con usted, si es necesario).

Primero, escriba el nombre completo de la persona que solicita la asistencia (si está legalmente casado, serán los nombres suyo y de su cónyuge).

En segundo lugar, escriba únicamente su dirección postal .

En tercer lugar, escriba su ciudad, estado, código postal y el condado en el que vive (Collin, Dallas, Ellis, Kaufman o Tarrant).

Cuarto, escriba su dirección de correo electrónico.

Quinto, escriba el número de teléfono de su casa (escriba N/A, si no tiene un número de teléfono de casa).

Sexto, escriba su número de teléfono celular (escriba N/A, si no tiene un número de teléfono celular). **Luego, vaya a la Sección C.**

Sección C. Información sobre la composición del hogar

(Usted está proporcionando información sobre usted y las personas que viven con usted. Estas personas también deben estar en su contrato de arrendamiento. Verifique nuevamente para **asegurarse de que estén en su contrato de arrendamiento y que sus nombres estén escritos correctamente en su contrato de arrendamiento**).

Primero, escriba los nombres completos de todas las personas que viven con usted, tal como figuran en su licencia de conducir, tarjeta de identificación o certificado de nacimiento). **Comience** con el cabeza de familia, **luego** incluya a su cónyuge, **luego** incluya a sus hijos menores de 18 años, **luego** incluya a sus hijos mayores de 18 años **y luego** incluya a cualquier otra persona que sea mayor de edad y viva con tú.

En segundo lugar, marque la casilla que indica cómo se relaciona cada persona con el jefe de hogar. El jefe de hogar ya está insertado en el primer espacio. Marque la casilla para cónyuge si está legalmente casado. Marque la casilla para dependiente para personas menores de 18 años, personas mayores de 18 años y discapacitadas, y personas mayores de 18 años que están en la universidad. Marque la casilla para otro adulto para personas mayores de 18 años y personas mayores de 18 años que no están en la universidad.

En tercer lugar, escriba las fechas de nacimiento completas de todas las personas que viven con usted. (Por ejemplo, 04/05/1968).

Cuarto, marque la casilla FT para cada persona que esté en la escuela a tiempo completo, incluso si la persona no asistirá a la escuela durante el verano; **luego**, marque la casilla PT para cada persona que esté en la escuela a tiempo parcial, incluso si la persona no asistirá a la escuela durante el verano; **a continuación**, marque la casilla N/A para cada persona que no está en la escuela. **Luego, vaya a la página 2; Sección D.**

Página 2

Sección D. Información sobre la composición del hogar (continuación)

(Usted está proporcionando más información sobre las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1).

Artículo # 1: Marque la casilla No si ninguna de las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 estuvo en la escuela a tiempo completo entre 2019-2020. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Marque la casilla Sí si alguna de las personas que enumeró en la Sección C de la página 1 estuvo en la escuela a tiempo completo entre 2019 y 2020. **Luego**, escribe el nombre de cada persona en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al Artículo# 2.**

Punto # 2: Marque la casilla No si ninguna de las personas que usted enumeró en la Sección C en la Página 1 es un niño de crianza que vive con usted porque no pudo vivir con sus padres biológicos. **Luego, vaya al elemento n.º 3.**

Marque la casilla Sí si alguna de las personas que usted enumeró en la Sección C en la Página 1 es un niño de crianza que vive con usted porque no pudo vivir con sus padres biológicos. **Luego**, escribe el nombre de cada persona en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al elemento n.º 3.**

Punto # 3: Marque la casilla No si ninguna de las personas que usted enumeró en la Sección C en la Página 1 es un asistente residente, vive con usted y recibe un pago por cuidar de usted o de cualquier persona discapacitada que viva con usted. **Luego, vaya al artículo n.º 4.**

Marque la casilla Sí si alguna de las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 es un asistente residente, vive con usted y recibe un pago por cuidar de usted o de cualquier persona discapacitada que viva con usted. **Luego**, escribe el nombre de la persona en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al artículo n.º 4.**

Punto # 4: Marque la casilla No si las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 son las únicas personas que planea vivir con usted. **Luego, vaya al artículo n.º 5.**

Marque la casilla Sí si las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 no son las únicas personas que viven con usted. **Luego**, escriba el nombre de cada persona que está fuera (como en la universidad, hospital, cárcel, hogar de ancianos/rehabilitación, prisión, etc.) en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al artículo n.º 5.**

Punto # 5: Marque la casilla No si las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 son las únicas personas que vivirán con usted. **Luego, vaya a la Sección E.**

Marque la casilla Sí si espera que más personas vengan a vivir con usted durante el próximo año. **Luego**, escriba el motivo por el que otras personas vendrán a vivir con usted (como regresar a casa desde la universidad, el hospital, la cárcel, un asilo de ancianos/rehabilitación, prisión, etc.) en el espacio donde dice explicar. **Luego, vaya a la Sección E.**

Sección E. Asistencia de vivienda recibida anteriormente

(Usted está proporcionando información sobre cualquier asistencia de vivienda que usted o las personas que usted enumeró en la Sección C en la Página 1 ha recibido entre 2019-2020 mientras vivía en la dirección que usted indicó en la Sección B en la Página 1.)

Marque la casilla No si la dirección que anotó en la Sección B en la Página 1 no se ha visto afectada por un desastre, como un huracán, tornado, incendio forestal, etc. **Luego, vaya al artículo n.º 1.**

Marque la casilla Sí si la dirección que anotó en la Sección B en la Página 1 se ha visto afectada por un desastre, como un huracán, un tornado o un incendio forestal. **Luego**, escriba el nombre del desastre en el espacio al lado de donde dice qué desastre. **Luego, vaya al artículo n.º 1.**

Artículo # 1: Marque la casilla No si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 no recibieron asistencia financiera de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que enumeró en la Sección B en la página 1. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Marque la casilla Sí si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 recibieron asistencia financiera de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que enumeró en la Sección B en la Página 1. **Luego**, escriba el monto en dólares de la asistencia recibida en el cuadro debajo de Monto. **Luego**, escriba la fecha en que se recibió la asistencia en el cuadro debajo de Fecha de recepción. **Luego**, escriba el motivo por el cual FEMA proporcionó la asistencia en el cuadro bajo Motivo. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Artículo # 2: Marque la casilla No si usted o las personas que mencionó en la Sección C en la Página 1 no recibieron asistencia financiera de la Administración de Pequeñas Empresas (SBA) entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que indicó en la Sección B en Página 1. **Luego, vaya al Artículo # 3.**

Marque la casilla Sí si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 recibieron asistencia financiera de la Administración de Pequeñas Empresas (SBA) entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que enumeró en la Sección B en la Página 1. **Luego**, escriba el monto en dólares de la asistencia recibida en el cuadro debajo de Monto. **Luego**, escriba la fecha en que se recibió la asistencia en el cuadro debajo de Fecha de recepción. Finalmente, escriba el motivo por el cual la SBA brindó la asistencia en el cuadro debajo de Motivo. **Luego, vaya al elemento n.º 3.**

Artículo # 3: Marque la casilla No si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 no recibieron asistencia financiera del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a través de la Sección 8 entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que que enumeró en la Sección B en la Página 1. **Luego, vaya al Artículo # 4.**

Marque la casilla Sí si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 han recibido asistencia financiera del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a través de la Sección 8 entre 2019 y 2020 mientras vive en la dirección que indicó en la Sección B en la Página 1. **Luego**, escriba el monto en dólares de la asistencia recibida en el cuadro debajo de Monto. **Luego**, escriba la fecha en que se recibió la asistencia en el cuadro debajo de Fecha de recepción. **Luego**, escriba el motivo por el cual HUD brindó la asistencia en el cuadro debajo de Motivo. **Luego, vaya al artículo n.º 4.**

Artículo # 4: Marque la casilla No si usted o las personas que mencionó en la Sección C en la Página 1 no han recibido asistencia financiera de un programa de Asistencia para el alquiler basado en inquilinos (TBRA, por sus siglas en inglés) que redujo la cantidad de alquiler que debe pagar entre 2019 y 2019. 2020 mientras vive en la dirección que usted indicó en la Sección B en la Página 1. **Luego, vaya al Punto #**

Marque la casilla Sí si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la página 1 han recibido asistencia financiera de un programa de Asistencia para el alquiler basado en inquilinos (TBRA, por sus siglas en inglés) que redujo la cantidad de alquiler que debe pagar entre 2019 y 2020 mientras vivía en la dirección que anotó en la Sección B en la Página 1. **Luego**, escriba el monto en dólares de la asistencia recibida en el cuadro debajo de Monto. **Luego**, escriba la fecha en que se recibió la asistencia en el cuadro debajo de Fecha de recepción. **Luego**, escriba el motivo por el cual la agencia brindó la asistencia en el cuadro debajo de Motivo. **Luego, vaya al artículo n.º 5.**

Artículo n.º 5: Marque la casilla No si usted o las personas que mencionó en la Sección C en la Página 1 no recibieron asistencia financiera del seguro de vivienda entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que indicó en la Sección B en la Página 1. **Luego, vaya al artículo n.º 6.**

Marque la casilla Sí si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la página 1 recibieron asistencia financiera del seguro de vivienda entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que enumeró en

Sección B en la página 1. **Luego**, escriba el monto en dólares de la asistencia recibida en el cuadro debajo de Monto. **Luego**, escriba la fecha en que se recibió la asistencia en el cuadro debajo de Fecha de recepción. **Luego**, escriba el motivo por el cual el seguro de vivienda brindó la asistencia en el cuadro debajo de Motivo. **Luego, vaya al artículo n.º 6.**

Artículo # 6: Marque la casilla No si usted o las personas que usted enumeró en la Sección C en la Página 1 no han recibido asistencia de vivienda de ninguna otra fuente no mencionada anteriormente entre 2019-2020 mientras vivían en la dirección que usted enumeró en la Sección B en la Página 1. **Luego, vaya a la Sección F.**

Marque la casilla Sí si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 recibieron asistencia financiera de cualquier otra fuente no mencionada anteriormente entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que enumeró en la Sección B en la Página 1. **Luego**, escriba el cantidad en dólares de asistencia recibida en el cuadro bajo Cantidad. Luego, escriba el nombre de la otra fuente en el espacio junto a Describir. **Luego**, escriba la fecha en que se recibió la asistencia en el cuadro debajo de Fecha de recepción. **Luego**, escriba el motivo por el cual la otra fuente brindó la asistencia en el cuadro debajo de Motivo. **Luego, vaya a la Sección F.**

Sección F. Información sobre conflictos de intereses

(Usted está proporcionando información sobre posibles relaciones confusas entre usted o cualquier persona que haya enumerado en la Sección C de la página 1 y el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA), nosotros (Lazarus House Initiative, Inc.) o el propietario de la propiedad. propiedad de la dirección que usted anotó en la Sección B en la Página 1 entre 2019-2020.)

Artículo # 1: Marque la casilla No si usted o alguien que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 no presta servicio actualmente o no ha se desempeñó como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc., o propietario de la propiedad de la dirección que usted indicó en la Sección B en la Página 1 entre 2019-2020. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Marque la casilla Sí si usted o alguien que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 actualmente se desempeña o se ha desempeñado como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc. o el propietario. de la propiedad de la dirección que usted indicó en la Sección B en la Página 1 entre 2019-2020. **Luego**, escriba el nombre de la persona, el nombre de la organización mencionada anteriormente y el rol en el espacio siguiente rol. **Luego**, marque la casilla Sí si usted o alguien que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 se desempeña actualmente como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc., o propietario de la propiedad de la dirección que usted anotó en la Sección B en la Página 1. **Luego, vaya al Artículo # 2.**

Marque la casilla No si usted o cualquier persona que usted haya enumerado en la Sección C en la Página 1 no se desempeña actualmente como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc. o el propietario del propiedad de la dirección que usted anotó en la Sección B en la Página 1. **Luego**, escriba la fecha en que usted o cualquier persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 dejó de servir como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc., o el propietario de la propiedad de la dirección que usted mencionó en la Sección B en la Página 1 en el espacio al lado de donde dice fecha en que cesó su función. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Artículo # 2: Marque la casilla No si usted o cualquier persona que usted haya enumerado en la Sección C en la Página 1 no está relacionado con nadie que sea empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc. , o el dueño de la propiedad de la dirección que usted indicó en la Sección B en la Página 1 entre 2019-2020. **Luego, vaya a la Sección G.**

Marque la casilla Sí si usted o cualquier persona que usted haya enumerado en la Sección C en la Página 1 está relacionado con cualquier persona que sea un empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc., o el propietario de la propiedad de la dirección que usted enumeró en la Sección B en la Página 1 entre 2019-2020. **Luego**, escriba el nombre de la persona, el nombre de la organización mencionada anteriormente y la función que desempeña el familiar en la organización en el espacio al lado de donde dice función. **Luego**, marque la casilla Sí si su familiar o el familiar de cualquier persona que usted haya enumerado en la Página 1 se desempeña actualmente como empleado, agente, consultor, funciona

o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc., o el dueño de la propiedad de la dirección que usted indicó en la Sección B en la Página 1. **Luego, vaya a la Sección G.**

Marque la casilla No si su familiar o el familiar de cualquier persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 ya no sirve como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc. o la propietario de la propiedad de la dirección que usted enumeró en la Sección B en la Página 1. **Luego**, escriba la fecha en que su pariente o el pariente de cualquier persona que usted enumeró en la Sección C en la Página 1 dejó de servir como empleado, agente, consultor, funcionario, o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc., o el dueño de la propiedad de la dirección que usted anotó en la Sección B en la Página 1 en el espacio al lado de donde dice fecha en que cesó su función. **Luego, vaya a la Sección G.**

Sección G. Información sobre enajenación de activos

(Usted proporciona información sobre sus posesiones, dinero, propiedades, etc. y todas las personas que mencionó en la Sección C de la Página 1 entre 2022 y 2024).

Artículo # 1: Marque la casilla No si usted o cualquier persona que usted haya incluido en la Sección C en la Página 1 no ha regalado nada de valor (como un automóvil, muebles, productos electrónicos, joyas, etc.) entre 2022 y 2024. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Marque la casilla Sí si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la página 1 no se desempeñan actualmente o no se han desempeñado como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo/designado de TDHCA, Lazarus House Initiative, Inc. , o el dueño de la propiedad de la dirección que usted indicó en la Sección B en la Página 1 entre 2019-2020. **Luego**, escriba el monto en dólares de la asistencia recibida en el cuadro debajo de Monto. **Luego**, escriba la fecha en que se recibió la asistencia en el cuadro debajo de Fecha de recepción. **Luego**, escriba el motivo por el cual FEMA proporcionó la asistencia en el cuadro bajo Motivo. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Artículo # 2: Marque la casilla No si usted o las personas que mencionó en la Sección C en la Página 1 no recibieron asistencia financiera de la Administración de Pequeñas Empresas (SBA) entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que indicó en la Sección B en la Página 1. **Luego, vaya a la página 3; Sección H.**

Marque la casilla Sí si usted o las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 recibieron asistencia financiera de la Administración de Pequeñas Empresas (SBA) entre 2019 y 2020 mientras vivían en la dirección que enumeró en la Sección B en la Página 1. **Luego**, escriba el monto en dólares de la asistencia recibida en el cuadro debajo de Monto. **Luego**, escriba la fecha en que se recibió la asistencia en el cuadro debajo de Fecha de recepción. **Luego**, escriba el motivo por el cual la SBA brindó la asistencia en el cuadro debajo de Motivo. **Luego, vaya a la página 3; Sección H.**

Página 3

Sección H. Ingreso anual de todos los miembros del hogar

(Usted está proporcionando más información sobre los ingresos **ANUALES/ANUALES** y la fuente de ingresos de las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 que tienen ingresos. Debe responder cada uno de estos veintiún (21) elementos marcando la casilla No o (en la casilla Sí NO deje ningún elemento numerado en blanco y NO incluya cupones de alimentos/beneficios SNAP). _____

Punto 1: Marque la casilla No para los puntos 1 a 21 si el jefe de familia, el cónyuge/codirector, otros miembros adultos mayores de 18 años que no son estudiantes de tiempo completo y los dependientes menores de 18 años o mayores. 18 y están discapacitados enumerados en la Sección C en la Página 1 no tienen ingresos. **Luego, vaya a la Sección I.**

Marque la casilla Sí para cualquiera de los elementos enumerados si el jefe de familia, el cónyuge/codirector, otros miembros adultos mayores de 18 años y que no sean estudiantes de tiempo completo y los dependientes menores de 18 años o mayores de 18 años y están discapacitados enumerados en la Sección C en la Página 1 y tienen ingresos de esa fuente. SÓLO insertar

el INGRESO ANUAL del jefe de familia, cónyuge/codirector, otros miembros adultos mayores de 18 años y que no sean estudiantes de tiempo completo, y dependientes menores de 18 años o mayores de 18 años y que estén discapacitados enumerados en la Sección C en Página 1 quién tiene un ingreso. NO inserte ningún otro monto. SÓLO EL MONTO DEL INGRESO ANUAL.

CÓMO CALCULAR LOS INGRESOS ANUALES DE TU HOGAR

Utilice la siguiente guía para calcular el INGRESO ANUAL del Jefe de Hogar, cónyuge/codirector, otros miembros adultos mayores de 18 años y que no sean estudiantes de tiempo completo, dependientes menores de 18 años o dependientes mayores de 18 años y están discapacitados enumerados en la Sección C en la Página 1 y tienen ingresos. NO inserte cualquier otra cantidad en el formulario: SÓLO LA CANTIDAD DE INGRESO ANUAL

Si la persona recibe ingresos semanalmente: Multiplique la cantidad por 52 semanas.

Si la persona obtiene ingresos cada dos (2) semanas: Multiplique la cantidad por 26 semanas.

Si la persona obtiene ingresos dos veces al mes o dos (2) veces al mes: Multiplique la cantidad por 24 semanas.

Si la persona obtiene ingresos mensualmente: Multiplique la cantidad por 12 meses.

Luego, ingrese ESTE monto para el jefe de familia, cónyuge/codirector, otros miembros adultos mayores de 18 años que no sean estudiantes de tiempo completo, dependientes menores de 18 años o dependientes mayores de 18 años y que estén incapacitados en la lista en la Sección C en la Página 1 quién tiene ingresos. Si los ingresos de la persona provienen del trabajo, inserte ESTA cantidad en el Cuadro 1 o Cuadro 2 donde dice Salario (si hay más de una persona trabajando) debajo de la persona. Si una persona tiene dos (2) trabajos, inserte ESTA cantidad en el Cuadro 1 y en el Cuadro 2 donde dice Salario debajo de la persona. **Luego**, inserte ESTA cantidad en el cuadro Total en el extremo derecho de la tabla. Si los ingresos de la persona provienen de cualquier otra fuente, inserte ESTA cantidad en el cuadro correspondiente a esa fuente. **Luego**, inserte ESTA cantidad en el cuadro Total en el extremo derecho de la tabla.

Una vez que haya insertado TODA la información sobre el ingreso ANUAL/ANUAL y la fuente de ingresos de las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 que tienen ingresos, agregue todas las cantidades en el Cuadro Total en el extremo derecho de la tabla donde dice Ingreso Anual Total. **Luego, vaya a la Sección I**

Sección I. Información laboral actual

(Usted está proporcionando más información sobre los INGRESOS DE TRABAJO para cada persona que enumeró en la Sección H quién marcó la casilla Sí para los puntos 1, 2, 3, 4, 5 y 6 (si la persona recibe pago militar) y quién es mayor de 18 años y realmente está trabajando. Debe responder cada uno de los cuatro (4) ítems de la Sección I)

Si ninguna de las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 tiene más de 18 años y realmente está trabajando y si marcó la casilla No para los Artículos 1-21 en la Sección H, coloque "N/A" en la Casilla 1 donde dice Miembro del hogar. Nombre. **Luego, vaya a la Página 4: Sección I (Continuación).**

Para cada persona que usted enumeró en la Sección H a quien marcó la casilla Sí para los Puntos 1, 2, 3, 4, 5 y 6 (si la persona recibe pago militar) que tiene más de 18 años y realmente está trabajando, escriba la información de empleo. En el Cuadro 1, escriba el nombre completo de la persona que trabaja en el cuadro al lado de donde dice Nombre del miembro del hogar. **Luego**, escriba qué tipo de trabajo realiza la persona en el cuadro donde dice Ocupación. **Luego**, escriba el número de teléfono del trabajo de la persona en el cuadro donde dice Teléfono del trabajo. **Luego**, escriba el nombre de la empresa y la dirección de la empresa en el cuadro donde dice Nombre y dirección del empleador (solo el número y el nombre de la calle). **A continuación**, escriba la ciudad donde se encuentra la empresa en el cuadro donde dice Ciudad. **Luego**, escriba el estado donde se encuentra la empresa en el cuadro donde dice Estado. **Luego**, escriba el código postal de la empresa en el cuadro donde dice Código postal. **Luego**, escriba la fecha en que la persona comenzó a trabajar para la empresa en el cuadro donde dice Fecha de contratación. **A continuación**, escriba cuánto paga la empresa al

persona en el cuadro donde dice Salario. **Luego**, marque la casilla para cuando la empresa le paga a la persona donde dice Período de pago. **Luego**, escriba la cantidad de horas que la persona trabaja normalmente en un período de siete (7) días en el cuadro donde dice Horas trabajadas por semana. **Luego, vaya a la Página 4: Sección I (Continuación).**

Página 4

Sección I. Información laboral actual (continuación)

(Usted continúa brindando más información sobre los ingresos **de EMPLEO** para cada persona que enumeró en la Sección C en la Página 1 que tiene más de 18 años y realmente está trabajando, si hay más de una (1) persona trabajando O si una persona que trabaja tiene más más de un trabajo.)

Si ninguna de las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 tiene más de 18 años y realmente está trabajando, escriba "N/A" en los Casillas 2, 3 y 4 donde dice Nombre del miembro del hogar. **Luego, vaya a la Sección J.**

Sección J Bienes de TODOS los miembros del hogar

(Usted está proporcionando más información sobre cosas de valor que usted y las personas que mencionó en la Sección C en la Página 1 tienen. Debe responder cada uno de estos dieciséis (16) elementos marcando la casilla No o la casilla Sí. NO deje ningún elemento numerado en blanco.)

Marque la casilla No para los Artículos 1-16 si el jefe de familia, cónyuge/codirector, otros miembros adultos que son _____ mayores de 18 años y que no sean estudiantes de tiempo completo, y los dependientes mayores de 18 años y discapacitados enumerados en la Sección C en la Página 1 no tienen activos. **Luego, vaya a la página 5; Sección k.**

Marque la casilla Sí para cualquiera de los activos enumerados si el jefe de familia, el cónyuge/codirector, otros miembros adultos mayores de 18 años y que no sean estudiantes de tiempo completo y dependientes mayores de 18 años y que estén discapacitados. _____ que figura en la Sección C en la Página 1. **Luego**, escriba el valor monetario del activo en el cuadro donde dice Valor en efectivo. **Luego**, escriba las ganancias monetarias de ese activo en el cuadro donde dice Ingresos de activos. **Luego**, escriba la empresa donde se encuentra el activo en el cuadro donde dice Nombre de la institución financiera. **Luego**, escriba los ÚLTIMOS cuatro (4) números en el número de cuenta en el cuadro donde dice Número de cuenta. **Luego, vaya a la página 5; Sección k.**

Página 5

Sección K. Información demográfica y sobre necesidades especiales

(Usted está proporcionando más información para cada persona que enumeró en la Sección C en la página 1 con respecto a su origen étnico, raza y necesidades especiales. Si está solicitando asistencia de alquiler temporal debido a las restricciones laborales y escolares de COVID-19, debe insertar J debajo de donde dice Necesidades especiales para todas las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1.)

Código étnico: comenzando con el jefe de familia, escriba la letra A para cada persona que enumeró en la Sección C en la página 1 que nació en uno de los grupos enumerados donde dice Código étnico. Escriba la letra B para cada persona que enumeró en la Sección C en la Página 1 que no nació en uno de los grupos enumerados donde dice Código étnico. **Luego, vaya a Código de carrera.**

Código de raza: comenzando con el jefe de familia, escriba la letra que corresponda con la raza de cada persona que enumeró en la Sección C en la Página 1 donde dice Código de raza. **Luego, vaya a Código de carrera.**

Código o Códigos de Necesidades Especiales: Comenzando con el Jefe de Hogar, escriba la letra que corresponda con las necesidades especiales de cada persona que enumeró en la Sección C en la Página 1 donde dice Códigos de Necesidades Especiales. si lo eres

Para obtener asistencia bajo el Proyecto de Asistencia de Alquiler COVI-19, debe escribir "J" para víctima de desastre para cada persona que enumeró en la Sección C en la Página 1, donde dice Códigos de Necesidades Especiales. **Luego, vaya a la Sección L.**

Sección L. Autorización y firmas

(Usted y cada persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 que sea mayor de 18 años certifican que la información que ha proporcionado es verdadera y precisa, y nos otorgan permiso para verificar la información que ha proporcionado).

Escriba su nombre completo y el nombre completo de cada persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 que sea mayor de 18 años.

Luego, imprima esta página. **A continuación**, usted y cada persona que haya enumerado en la Sección C de la Página 1 y que sea mayor de 18 años **deben firmar y fechar el formulario y devolvérselo. Luego, vaya al formulario "Suplemento a la Solicitud de Admisión" en la página siguiente.**

Suplemento a la Solicitud de Admisión

(Usted está proporcionando más información sobre las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión". Debe responder cada una de estas cinco (5) secciones marcando la casilla No o la casilla Sí. NO deje ninguna Sección con letras en blanco).

Primero, escriba su nombre completo en el cuadro donde dice Nombre del solicitante/residente. **Luego, vaya a la Sección A.**

Sección A. Deducción por Dependiente

(Usted está proporcionando información sobre usted o cualquier persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" que sea menor de 18 años o mayor de 18 años y sea un estudiante de tiempo completo).

Artículo # 1: Marque la casilla No si usted o todas las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" son mayores de 18 años. **Luego, vaya al Artículo # 2.**

Marque la casilla Sí si usted o cualquier persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" es menor de 18 años. **Luego, escriba** el nombre de cada persona menor de 18 años en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Punto # 2: Marque la casilla No si usted o todas las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" son mayores de 18 años. **Luego, vaya al Punto # 3.**

Marque la casilla Sí si usted o cualquier persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" es menor de 18 años y tiene una discapacidad. **Luego, escriba** el nombre de cada persona menor de 18 años y con discapacidad en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al elemento n.º 3.**

Artículo # 3: Marque la casilla No si usted o todas las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" son mayor de 18 años y no es estudiante de tiempo completo. **Luego, vaya a la Sección B.**

Marque la casilla Sí si usted o cualquier persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" es menor de 18 años o mayor de 18 años y es un estudiante de tiempo completo. **Luego, escriba** cada persona que sea menor de 18 años y tenga edad suficiente para ir a la escuela y que sea mayor de 18 años y sea estudiante de tiempo completo en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya a la Sección B.**

Sección B. Deducción por gastos de cuidado infantil

(Usted está proporcionando información sobre el dinero que usted o cualquier persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" que paga por el cuidado de niños).

Artículo # 1: Marque la casilla No si usted o todas las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" no pagar el cuidado de niños menores de 12 años. **Luego, vaya a la Sección C.**

Marque la casilla Sí si usted o alguien que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" es pagar el cuidado de niños menores de 12 años. **Luego**, marque la casilla junto a una de las tres (3) razones por las que la persona paga el cuidado de niños. **Luego**, marque la casilla No si la persona paga el cuidado de niños menores de 12 años, pero no por una de las tres (3) razones enumeradas. Marque la casilla Sí si la persona está pagando para el cuidado de niños menores de 12 años por una de las tres (3) razones enumeradas. **Luego**, escriba el nombre de cada persona que paga el cuidado de niños menores de 12 años en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Artículo # 2: Marque la casilla No si usted y todas las personas mayores de 18 años que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" no están disponibles para brindar cuidado infantil a los niños menores de 12 años. **Luego, vaya al Artículo # 3.**

Marque la casilla Sí si usted y cualquier persona mayor de 18 años que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" está disponible para brindar cuidado infantil a los niños menores de 12 años. **Luego, vaya al Punto n.º 3.**

Artículo # 3: Marque la casilla No si la persona que paga el cuidado infantil para niños menores de 12 años le paga a alguien que usted no incluyó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión". **Luego, vaya al artículo n.º 4.**

Marque la casilla Sí si la persona que paga el cuidado de niños menores de 12 años le paga a alguien que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión". **Luego**, escriba la persona que mencionó en la Sección C. en la página 1 de la "Solicitud de admisión" a quién se le paga por el cuidado de niños menores de 12 años nombre en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al artículo n.º 4.**

Punto # 4: Marque la casilla No si la persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" que paga el cuidado infantil para niños menores de 12 años no recibe el dinero de una agencia de un individuo. **Luego, vaya a la Sección C.**

Marque la casilla Sí si la persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" que paga el cuidado infantil para niños menores de 12 años recibe el dinero de una agencia o un individuo. **Luego**, escriba el nombre de la agencia o del individuo en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya a la Sección C.**

Sección C. Deducción de gastos de asistencia por incapacidad

(Usted está proporcionando información sobre el dinero gastado en usted o en cualquier persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" que esté discapacitada).

Artículo # 1: Marque la casilla No si usted y todas las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" no están pagando para que alguien cuide a una persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" con una discapacidad Y no está pagando el equipo médico de una persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" con una discapacidad. **Luego, vaya a la Sección D.**

Marque la casilla Sí si usted o alguien que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" está pagando para que alguien cuide a una persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" con una discapacidad O está pagando el equipo médico de una persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" con una discapacidad. **Luego**, escriba el nombre de la persona que mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" que requiere que alguien la cuide debido a una discapacidad O que requiere equipo médico por una discapacidad en el espacio al lado de donde dice OMS. **Luego, vaya al artículo n.º 2.**

Artículo # 2: Marque la casilla No si usted o todas las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" no están pagando para que alguien cuide a una persona con una discapacidad, O no están pagando por el equipo médico de una persona. con una discapacidad. **Luego, vaya a la Sección D.**

Marque la casilla Sí si usted o alguien que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" está pagando para que alguien cuide a una persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" con

una discapacidad, O está pagando el equipo médico de una persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” con una discapacidad. **Luego**, escriba la persona que mencionó en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” que requiere que alguien la cuide debido a una discapacidad, O requiere equipo médico por una discapacidad, el nombre en el espacio al lado de donde dice OMS. **Luego, vaya al elemento n.º 3.**

Artículo # 3: Escriba una descripción de la atención Y/O el equipo médico que la persona que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” está pagando en el espacio al lado de donde dice pagado. **Luego, vaya a la Sección D.**

Sección D. Deducción de familiares ancianos o discapacitados

(Usted está proporcionando información sobre cualquier persona que haya incluido en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” que tenga 62 años o más y/o esté discapacitada, incluido usted mismo. Debe abordar ambos elementos en esta sección).

Artículo # 1: Marque la casilla No si usted o ninguna de las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” tiene 62 años o más. **Luego, vaya al punto 2.**

Marque la casilla Sí si usted o alguien que usted haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” tiene 62 años o más. **Luego**, escriba el nombre de la persona que mencionó en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” que tenga 62 años o más en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al punto 2.**

Artículo # 2: Marque la casilla No si usted o ninguna de las personas que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” está deshabilitado. **Luego, la Sección E.**

Marque la casilla Sí si usted o alguien que usted mencionó en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” está deshabilitado. **Luego**, escriba la persona que mencionó en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión”, que es nombre deshabilitado en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya a la Sección E.**

Sección E. Deducción de Gastos Médicos

(Usted está proporcionando información sobre el dinero que cualquier persona que usted enumeró en la Sección D gasta en gastos médicos. Debe responder cada uno de estos ocho (8) elementos marcando la casilla No o la casilla Sí. NO deje ningún elemento en blanco.) _____

Artículo # 1-8: Marque la casilla No para cada uno de los ocho (8) elementos enumerados si usted o ninguna de las personas que enumeró en la Sección C en la Página 1 de la “Solicitud de admisión” tiene 62 años o más. O si usted o no uno que usted enumeró en la Sección D paga de su bolsillo cualquier gasto médico. **Luego, vaya a la Sección F.**

Artículo # 1-6: Marque la casilla Sí para cada uno de los seis (6) elementos enumerados en la tabla si tiene 62 años o más o está discapacitado o si alguien que usted mencionó en la Sección D está pagando de su bolsillo cualquier gasto médico relacionado. a ese artículo.

Luego, escriba el monto aproximado que cada persona enumerada en la Sección D que paga de su bolsillo paga cada año por cada uno de los artículos que la persona o personas pagan en el cuadro donde dice Costos anuales estimados para cada artículo.

Luego, marque la casilla No si la persona o personas no pueden proporcionar un año de recibos para los pagos de estos costos. O marque la casilla Sí si la persona o personas pueden proporcionar un año de recibos para los pagos de estos costos.

Luego, vaya al artículo n.º 7.

Artículo # 7: Marque la casilla No si ninguna de las personas que usted mencionó en la Sección D recibe un reembolso por cualquiera de los artículos que la persona o personas están pagando de su bolsillo. **Luego, vaya al artículo n.º 8.**

Marque la casilla Sí si alguna de las personas que usted mencionó en la Sección D recibe un reembolso por cualquiera de los artículos que la persona o personas están pagando de su bolsillo. **Luego**, escribe el nombre de la agencia o la persona que reembolsa el dinero a la persona en el espacio al lado de donde dice quién. **Luego, vaya al artículo n.º 8.**

Artículo # 8: Marque la casilla No si ninguna de las personas que usted mencionó en la Sección D ha tenido un gasto médico único. **Luego, vaya a la Sección F.**

Marque la casilla Sí si alguna de las personas que usted mencionó en la Sección D ha tenido un gasto médico único. **Luego**, escribe el motivo del gasto en el espacio al lado de donde dice explicar. **Luego, vaya a la Sección F.**

Sección F. Certificación del Solicitante/Residente

(Usted certifica que la información que ha proporcionado es verdadera y precisa).

Escriba su nombre completo en el espacio de arriba donde dice Nombre impreso del solicitante/residente. **Luego**, imprima esta página. **A continuación**, debe firmar y fechar este formulario y devolvémoslo. **Luego, vaya al formulario "Liberación y consentimiento" en la página siguiente.**

Formulario de liberación y consentimiento

(Usted y cada persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" que sea mayor de 18 años nos otorgan permiso para verificar la información que ha proporcionado en este paquete de solicitud).

Escribe tu nombre completo. **Luego**, escriba el nombre completo de cada persona que enumeró en la Sección C en la Página 1 del "Plan de admisión". Solicitud" que sea mayor de 18 años. **A continuación**, imprima esta página. **Luego**, usted y cada persona que haya enumerado en la Sección C en la Página 1 de la "Solicitud de admisión" que sea mayor de 18 años deben firmar y fechar el formulario y devolvémoslo.

SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA HOME

A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR

Nombre del Administrador: Lazarus House Initiative, Inc.

Calle: P O. Box 764815-4815

Ciudad/Estado/Código postal: Dallas

TX 75376-4815

Condado: Ellis

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Nombre(s) del solicitante:

Calle:

Ciudad/Estado/Código postal:

Condado:

Correo electrónico:

Teléfono particular: () -

Teléfono móvil: () -

C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

(Incluir a todos los miembros del grupo familiar)

Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)	Parentesco con la Cabeza de familia	Fecha de Nacimiento	Género	Estado del estudiante FT = Tiempo completo PT = Tiempo parcial N/C=No corresponde	¿Recibe Ingresos ?	Marcar si es veteran o(a)
1.	Cabeza de familia		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

Información importante para ex miembros de los servicios militares. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo el Ejército, la Marina, los Marines, la Guardia de Costas, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas al <https://veterans.portal.texas.gov/>."

D. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (continuación)

1. ¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?

No Sí, ¿quién?

2. ¿Algún miembro del grupo familiar mencionado anteriormente es un niño en cuidado sustituto?

No Sí, ¿quién?

3. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en la casa como acompañante

No Sí, ¿quién?

4. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal?

No Sí, ¿quién?

En caso afirmativo, indicar el motivo de la ausencia temporal:

5. ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses?

No Sí, explique :

E. ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA RECIBIDA ANTERIORMENTE

(Enumerar cualquier otra asistencia para la vivienda provista a miembro del grupo familiar o recibida por él)

¿Esta propiedad se vio afectada por un desastre? No Sí, ¿cuál desastre?

Fuente	Cantidad	Fecha de recepción	Razón
1. FEMA: Agencia de Administración de Emergencias Federal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Si es por desastre, cual fue?	\$		
2. SBA: Small Business Administration (Administración de pequeñas empresas) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
3. Sección 8: Desarrollo urbano y de viviendas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
4. TBRA: Programa de asistencia para el Inquilino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
5. Seguro de propietario de vivienda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
6. Otro (describir): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		

F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

1. ¿Alguien del grupo familiar presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado de TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario?

No Sí

Si la respuesta es afirmativa, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

¿Desempeña actualmente esa función? No Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario (tanto por lazos familiares como comerciales)? No Sí

Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

¿Desempeña actualmente esa función? No Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

G. INFORMACIÓN SOBRE LA ENAJENACIÓN DE ACTIVOS

1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? (si perdió el hogar debido a ejecución hipotecaria, bancarota o divorcio, responda que no): No Sí, ¿quién?

Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):

2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de un hogar durante los últimos dos años? No Sí, ¿quién?

¿Es actualmente propietario? No En caso negativo: ¿Cuándo se enajenó?

Sí En caso afirmativo: ¿Está alquilado? No Sí

¿Está vacío? No Sí

¿Está en proceso de venta? No Sí

H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Mencionar TODOS los ingresos de los miembros del grupo familiar, con excepción de los ingresos obtenidos del empleo de personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquier fuente esperados durante los próximos 12 meses	Cabeza de familia	cónyuge o Corresponsable	otros miembros adultos	Dependientes	Total
1. Salario N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
2. Salario N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
3. Pago de horas extras <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
4. Comisiones /Honorarios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
5. Propinas y bonos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
6. Ingreso temporal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
7. Ingreso de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
8. Interés / Dividendos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
9. Ingresos netos comerciales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
10. Ingreso neto de alquiler <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
11. Seguro Social <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
12. Seguro adicional Ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
13. Pensión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
14. Ingresos de retiro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
15. Asistencia familiar u obsequios recurrentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
16. Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
17. Indemnización por accidentes laborales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
18. Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
19. Manutención del niño <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Marcar el tipo: Asignado por el tribunal Voluntario Anticipado	\$	\$	\$	\$	\$
20. AFDC/TANF <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
21. Otro ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describe:	\$	\$	\$	\$	\$
				Ingreso Anual:	\$

I. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEO ACTUAL

1. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación :		Teléfono laboral : () -	
Nombre y dirección del empleador :			Ciudad :		Estado : Código postal :
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro		Horas trabajadas por semana	Fax: () -

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL (continuación)				
2. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: () -	
Nombre y dirección del empleador		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: () -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -
4. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: () -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -

J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (*), indique el importe que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), descontando las penalizaciones por retiro anticipado, importes usados para cancelar un saldo y los aranceles que puedan aplicarse a la conversión).

Identifique todas las fuentes de activos	Efectivo Valor	Ingreso de activo (Interés / Dividendos)	Nombre de la institución financiera	Número de cuenta:
1. Cuenta corriente N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
2. Cuenta corriente N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
3. Cuenta de ahorros N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
4. Cuenta de ahorros N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
5. Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
6. Acciones, bonos, fondos mutuos* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
7. Inmuebles/hogar* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
8. Bienes raíces / Tierra* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
9. Cuenta(s) IRA/Keogh* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
10. Fondo(s) de pensión / jubilación* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
11. Fondo(s) fiduciario(s) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
12. Pagaré hipotecario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
13. Seguro de vida entera* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
14. Bienes personales mantenidos como Inversión (gemas, monedas, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
15. Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
16. Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		

K. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOBRE NECESIDADES ESPECIALES: El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) solicita esta información para cumplir con los requisitos de informe solicitados por el HUD. Aunque el TDHCA apreciaría recibir esta información, usted puede elegir no presentarla. No será discriminado debido a esta información, ni tampoco si decide presentarla o no. Si no desea presentar esta información, coloque sus iniciales a continuación.

Iniciales del solicitante _____ No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar.

Códigos del grupo étnico:

A - Hispano: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.

B – No hispano

Códigos de raza:

- | | |
|--|--|
| A - Blanco | F - Indio americano/nativo de Alaska/ blanco |
| B - Negro-afroamericano | G - Asiático/blanco |
| C - Asiático | H - Negro/afroamericano/blanco |
| D - Indio americano/nativo de Alaska
Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico | I - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericano |
| | J - Otras razas múltiples |

Códigos de necesidades especiales:

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| A - De la tercera edad | E - Residente de Colonia | J - Víctima de desastre |
| B - Persona con discapacidades* | F – VAWA/víctima de violencia doméstica | K – Veterano |
| C - Persona con VIH/SIDA | G - Persona sin vivienda | L - Combatiente herido |
| D - Persona con adicción al alcohol y/o drogas | H - Trabajador migratorio de granjas | M - El dinero sigue a la persona |
| | I - Residente de vivienda pública | |

***Definición de discapacidad:** Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal actual o la adicción a una sustancia controlada.

	Código de origen étnico	Código de raza	Código(s) de necesidades especiales
1 (Cabeza)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del Programa HOME por el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre préstamos hipotecarios, empleo, activos, pasivos e ingresos. Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años deben firmar la Solicitud.

_____	_____	_____
Nombre en imprenta del solicitante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en imprenta del cosolicitante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto:	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto:	Firma	Fecha

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. establece que realizar declaraciones falsas intencionales o la provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.

Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.



DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
 Dirección física: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711
 Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.state.tx.us Sitio web:
 www.tdhca.state.tx.us



**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN**

La participación en el programa de Asistencia para la Renta Basado en el Inquilino de TDHCA requiere la determinación de un ingreso ajustado para calcular la cantidad que de la asistencia de subsidio a su hogar puede ser elegible. El ingreso ajustado también se utiliza para determinar el inquilino paga el alquiler de una casa requiere identificado como sobre la renta a la recertificación en un desarrollo casa en alquiler. La información divulgada en este formulario solo se utilizará para determinar las deducciones elegibles. Si no comprende alguna pregunta, por favor contacte al Administrador, al Propietario o a la Administración.

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente: _____

A. DEDUCCIÓN POR DEPENDIENTES (algunos miembros del hogar no son elegibles para esta deducción, independientemente de la edad, discapacidad o tipo de estudiante: cabeza del hogar, cónyuge, corresponsable, niño adoptado, niño no nacido, niño que aún no se incorporó a la familia, asistente con vivienda).

- ¿La casa consta de un miembro de la familia menores de 18 años? No Sí, ¿quién? _____
- ¿La casa consta de un miembro de la familia con discapacidad? No Sí, ¿quién? _____
- ¿La casa consta de un familiar quien es un estudiante de tiempo completo? No Sí, ¿quién? _____

B. DESCUENTO POR GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS

- ¿Es el hogar pagar por el cuidado de los niños de 12 años de edad o bajo? No Sí. ¿De quién? _____
- Si así es, por favor conteste lo siguiente:
- ¿El cuidado del niño permite al miembro adulto de la familia...? (marcar según corresponda) Buscar empleo Tener un empleo rentable Continuar con su educación (académica o vocacional) No Sí, ¿quién? _____
 - ¿Algún miembro de la familia puede proporcionar cuidados durante las horas que se requiere el cuidado? No Sí
 - ¿El cuidado de niños es provisto por un miembro de la familia? No Sí, ¿quién? _____
 - ¿El grupo familiar recibe un reembolso de unas agencias externas o individuales? No Sí, ¿quién? _____

C. DEDUCCIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD

- ¿El hogar paga por el cuidado de asistentes y/o un aparato auxiliar? No Sí. ¿De quién? _____
- Si así es, por favor conteste lo siguiente:
- ¿El cuidado y/o el uso de un aparato auxiliar permiten trabajar a un miembro adulto del grupo familiar? No Sí, ¿quién? _____
 - ¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia yo/ persona por estos costos? No Sí, ¿quién? _____
 - Identificar el tipo de cuidado y/o aparato que se paga: _____

D. DEDUCCIÓN POR FAMILIAR DE LA TERCERA EDAD O DISCAPACITADO

- ¿La cabeza de la familia, cónyuge o corresponsable es mayor de 62 años? No Sí, ¿quién? _____
- ¿La cabeza de la familia, cónyuge o corresponsable presenta una discapacidad? No Sí, ¿quién? _____

E. DEDUCCIÓN POR GASTOS MÉDICOS (si su hogar es elegible para la deducción que figura en “D” entonces los gastos médicos de TODOS los miembros del grupo familiar pueden ser elegibles para la deducción)

Identificar los siguientes gastos médicos	Costos anuales estimados	¿Se puede proporcionar asistencia para los gastos?
Medicare <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Copagos por visitas médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos de medicamentos recetados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos por deducciones médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos de medicamentos de venta libre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia yo/ persona por alguno de estos costos? No Sí, ¿quién? _____

¿El grupo familiar tuvo algún gasto médico único, no recurrente? No Sí. Explicar. _____

F. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/RESIDENTE

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta,

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente _____

Firma _____

Fecha _____

Advertencia: La sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito hacer declaraciones falsas o fraudulentas en forma premeditada a cualquier departamento o agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA URBANIZACIÓN	
Nombre de la urbanización:	Número de TDHCA/CMTS:
Nombre de la persona de contacto:	Cargo de la persona de contacto: Program Director
Dirección de la urbanización:	Teléfono:
Dirección de correo electrónico:	Fax:

II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE															
<p>Nombre del solicitante/residente:</p> <p>Yo (Nosotros) _____, el (los) abajo firmante(s), autorizo (autorizamos) por la presente a todas las personas o empresas de las categorías indicadas más adelante a divulgar información relativa al empleo, los ingresos y/o los activos con el fin de verificar la información de mi (nuestra) solicitud de participación en un Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA). Yo (Nosotros) autorizo (autorizamos) la divulgación de información sin responsabilidad civil alguna del administrador/propietario/administración que figuran anteriormente, ni del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas ni del proveedor de servicios del Departamento.</p> <p>INFORMACIÓN CUBIERTA</p> <p>Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que puede necesitarse información anterior o actual sobre mí (nosotros). Las verificaciones y consultas que pueden solicitarse incluyen, entre otras, identificación personal, condición de estudiante, empleo, ingresos, activos y subsidios médicos o para cuidado infantil. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que esta autorización no puede usarse para obtener información sobre mí (nosotros) que no se relacione con mi (nuestra) elegibilidad y la continuación en la participación en un Programa de Vivienda Asequible del TDHCA.</p> <p>GRUPOS O PERSONAS A QUIENES SE PUEDE SOLICITAR</p> <p>Los grupos o personas a quienes se puede solicitar la divulgación de la información anterior incluyen, entre otros:</p> <table border="0"> <tr> <td>Empleadores anteriores y actuales</td> <td>Agencias de bienestar</td> <td>Administraciones de veteranos</td> </tr> <tr> <td>Proveedores de manutención y pensión alimenticia</td> <td>Agencias estatales de desempleo</td> <td>Sistemas de jubilación</td> </tr> <tr> <td>Instituciones educativas</td> <td>Administración de la Seguridad Social</td> <td>Proveedores de atención médica y de cuidado infantil</td> </tr> <tr> <td>Bancos y otras instituciones financieras</td> <td>Proveedores de servicios públicos</td> <td>Caseros anteriores</td> </tr> <tr> <td>Agencias de vivienda pública</td> <td>Distritos de tasación</td> <td>Compañía de seguros</td> </tr> </table>	Empleadores anteriores y actuales	Agencias de bienestar	Administraciones de veteranos	Proveedores de manutención y pensión alimenticia	Agencias estatales de desempleo	Sistemas de jubilación	Instituciones educativas	Administración de la Seguridad Social	Proveedores de atención médica y de cuidado infantil	Bancos y otras instituciones financieras	Proveedores de servicios públicos	Caseros anteriores	Agencias de vivienda pública	Distritos de tasación	Compañía de seguros
Empleadores anteriores y actuales	Agencias de bienestar	Administraciones de veteranos													
Proveedores de manutención y pensión alimenticia	Agencias estatales de desempleo	Sistemas de jubilación													
Instituciones educativas	Administración de la Seguridad Social	Proveedores de atención médica y de cuidado infantil													
Bancos y otras instituciones financieras	Proveedores de servicios públicos	Caseros anteriores													
Agencias de vivienda pública	Distritos de tasación	Compañía de seguros													

III. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE		
<p>Yo (Nosotros) acepto (aceptamos) que puede usarse una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización se encuentra archivado y permanecerá en vigencia por un año y un mes desde la fecha de firma. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que tengo (tenemos) el derecho de revisar este archivo y corregir la información incorrecta.</p>		
_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del cosolicitante/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta de otros miembro adulto:	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta de otros miembro adulto:	_____ Firma	_____ Fecha

NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE UTILIZARSE PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. SI SE REQUIERE UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DEBE COMPLETARSE EL FORMULARIO 4506 DEL IRS, "SOLICITUD DE UNA COPIA DE UN FORMULARIO DE IMPUESTOS" Y FIRMARSE POR SEPARADO.