

INFORMACIÓN FAMILIAR Y DECLARACIÓN DE INGRESOS - Admisión

EMPEZANDO POR EL CABEZA DE FAMILIA, indique todas las personas que residen en su hogar.

(Si tiene más miembros en el hogar, debe completar un formulario complementario de información familiar y declaración de ingresos)

1.) Cabeza de familia

Nombre:				Fecha de nacimiento:				Edad:							
Género:		M	F	Cabeza de familia		Sí	No	Número de seguridad social:							
Dirección:				Ciudad:				Calle:				Código postal:			
Correo electrónico:				Teléfono: Casa:				Celular:							
Estudiante		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Nombre de la escuela:					
Empleado/a		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Fecha de inicio:		Ingreso mensual \$		Empleador:	
Dirección del empleador:				Ciudad:				Calle:				Código postal:			
Contacto del empleador:				Correo electrónico:				Teléfono:				Fax:			

2.) Miembro del hogar

Nombre:				Fecha de nacimiento:				Edad:				Número de seguridad social:			
Género:		M	F	Relación con el cabeza de familia:				Correo electrónico:							
Estudiante		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Nombre de la escuela:					
Empleado/a		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Fecha de inicio:		Ingreso mensual \$		Empleador:	
Dirección del empleador:				Ciudad:				Calle:				Código postal:			
Contacto del empleador:				Correo electrónico:				Teléfono:				Fax:			

3.) Miembro del hogar

Nombre:				Fecha de nacimiento:				Edad:				Número de seguridad social:			
Género:		M	F	Relación con el cabeza de familia:				Correo electrónico:							
Estudiante		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Nombre de la escuela:					
Empleado/a		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Fecha de inicio:		Ingreso mensual \$		Empleador:	
Dirección del empleador:				Ciudad:				Calle:				Código postal:			
Contacto del empleador:				Correo electrónico:				Teléfono:				Fax:			

4.) Miembro del hogar

Nombre:				Fecha de nacimiento:				Edad:				Número de seguridad social:			
Género:		M	F	Relación con el cabeza de familia:				Correo electrónico:							
Estudiante		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Nombre de la escuela:					
Empleado/a		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Fecha de inicio:		Ingreso mensual \$		Empleador:	
Dirección del empleador:				Ciudad:				Calle:				Código postal:			
Contacto del empleador:				Correo electrónico:				Teléfono:				Fax:			

5.) Miembro del hogar

Nombre:				Fecha de nacimiento:				Edad:				Número de seguridad social:			
Género:		M	F	Relación con el cabeza de familia:				Correo electrónico:							
Estudiante		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Nombre de la escuela:					
Empleado/a		Sí	No	en caso afirmativo		Tiempo completo		Tiempo parcial		Fecha de inicio:		Ingreso mensual \$		Empleador:	
Dirección del empleador:				Ciudad:				Calle:				Código postal:			
Contacto del empleador:				Correo electrónico:				Teléfono:				Fax:			

Si tiene más miembros en el hogar, debe completar un formulario complementario de información familiar y declaración de ingresos. Vaya a www.csha.us, haga clic en Formularios, haga clic en " Vale de la Sección 8 - Información familiar complementaria y declaración de ingresos ".

EL FORMULARIO DE INFORMACIÓN FAMILIAR Y DECLARACIÓN DE INGRESOS ES VERDADERO Y COMPLETO: Iniciales del Cabeza de familia: _____

1	¿Alguien en el hogar paga por la guardería/cuidado de los niños menores de 13 años?	Sí	No	en caso afirmativo, Cantidad mensual: \$
2	¿Alguien en el hogar (si es anciano o discapacitado) paga por gastos médicos / de discapacidad?	Sí	No	en caso afirmativo, Cantidad mensual: \$
3	¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido detenido o condenado por alguna actividad criminal o ha estado sujeto a un requisito de registro de delincuentes sexuales de por vida (o de otro tipo) en cualquier estado desde su admisión al programa o desde su última revisión? Sí No En caso afirmativo, indique el acto criminal, la ciudad, el estado y la fecha:			
4	Yo o un miembro de mi hogar es una persona con una discapacidad y como resultado de dicha discapacidad, estoy solicitando una adaptación razonable Sí No En caso afirmativo, explique el/los cambios que solicita: _____ (Una adaptación razonable es un cambio en una política, procedimiento, norma, práctica o servicio del programa que permita la igualdad de oportunidades en materia de vivienda.)			
5	Si se trata de su nueva certificación anual, ¿piensa mudarse? Sí No (Sólo participantes de la Sección 8)			

Fuentes de ingresos: El cabeza de familia debe responder a lo siguiente correspondiente a todos los miembros del hogar, independientemente de su edad.					Bienes: El cabeza de familia debe responder a lo siguiente correspondiente a todos los miembros del hogar, independientemente de su edad, durante los últimos 2 años.		
Fuente de ingreso	Sí	No	Mensualidad \$	Persona que recibe	Declaración de bienes	Sí	No
Pensión alimenticia					¿Tiene una jubilación/pensión de empresa? (por ejemplo, 401k)		
AND (Ayuda a las personas necesitadas y discapacitadas)					¿Puede retirar fondos antes de la jubilación? ¿Cuánto? \$ _____		
Efectivo/regalos de la familia/otros					Ingresos de bienes, acciones, bonos, letras del tesoro, mercado monetario, certificados de depósitos y/o fondos fiduciarios?		
Manutención de los hijos					¿Recibe ingresos de los bienes, incluido el valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida entera, que están a disposición de la persona o personas antes del fallecimiento?		
Números de cuenta del FSR (Registro de apoyo a la familia)							
Cuenta del FSR 1)	Hijo/a:		Cuenta 2)	Hijo/a:	¿Recibe ingresos de bienes incluidos el 401K, la jubilación individual, los fondos de pensiones o las cuentas <i>Keogh</i> ?		
Pensión de vejez							
Pensión y/o jubilación							
Trabajo por cuenta propia					¿Usted o un miembro de su hogar es propietario o tiene algún interés legal en algún tipo de inmueble, propiedad o terreno?		
Seguridad Social							
SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)					¿Recibe ingresos de alguna herencia, ganancias de lotería o pagos de suma global de cualquier otra fuente?		
Ayuda financiera estudiantil					¿Recibe ingresos de bienes incluidos la hipoteca, la escritura de fideicomiso o la propiedad de alquiler?		
TANF (Ayuda temporal a las familias necesitadas)					¿Recibe algún tipo de ingreso de bienes o fuentes distintas a las indicadas?		
Prestaciones de desempleo					En caso afirmativo, describir: _____		
Prestaciones para los veteranos					¿Tiene una cuenta corriente? En caso afirmativo, saldo \$ _____		
Empleo en régimen de estudio y trabajo							
Compensación a los trabajadores					¿Tiene una cuenta de ahorro? En caso afirmativo, saldo \$ _____		
Subsidio de atención domiciliaria					¿Alguien en el hogar ha vendido o regalado algún bien por menos del valor justo de mercado?		
Otro							

POLÍTICA SOBRE LA MARIHUANA

La Autoridad de Vivienda de Colorado Springs (CSHA, por sus siglas en inglés) cumplirá estrictamente con la ley federal y los reglamentos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos con respecto a todo uso de marihuana o de cualquier otra sustancia catalogada como droga de Clasificación I bajo la Ley de Sustancias Controladas (CSA, por sus siglas en inglés). La posesión de tales drogas en instalaciones con asistencia federal se considerará una violación sustancial del contrato de arrendamiento o una violación del programa. Cualquier inquilino o participante actual de la CSHA que posea tales drogas o que se haya comprobado que posee tales drogas mediante arresto, descubrimiento, audiencia, licencia, litigio, registro u otros medios verificables será rescindido del contrato de arrendamiento o programa de la CSHA y se le dará el mismo aviso y derechos que por cualquier otra rescisión por actividad criminal. La CSHA no hace ninguna distinción entre la marihuana medicinal y cualquier otra forma de marihuana o sustancia de Clasificación I con respecto a esta política. En los casos en que un conflicto puede surgir más tarde en las diferencias entre leyes federales y estatales que rigen el uso de la marihuana medicinal, la CSHA cumplirá con la ley más restrictiva. Al firmar a continuación, acepto cumplir con a la Política de Marihuana/Drogas de Clasificación I.

POLÍTICA DE CORREO ELECTRÓNICO

Si se proporciona una dirección de correo electrónico, yo/nosotros, los abajo firmantes, autorizamos a la CSHA a enviar por correo electrónico información sobre cualquier correspondencia necesaria para determinar la elegibilidad continua a la dirección de correo electrónico indicada. Yo/nosotros entendemos que el correo electrónico puede ser utilizado como una forma de comunicación e información. Yo/nosotros informaremos a la CSHA por escrito si cambia la dirección de correo electrónico. Yo/Nosotros entendemos que es mi/nuestra responsabilidad mantener las contraseñas y/o la información de la cuenta privada y no guardar o enviar la información donde pueda ser accedida por los demás. Al firmar a continuación, acepto la política y los procedimientos de correo electrónico indicados.

ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS INDICA: UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE SI, A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE, HACE DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS Y SERÁ MULTADA EN VIRTUD DE ESTE TÍTULO O ENCARCELADA HASTA 5 AÑOS.

Este formulario de información y declaración debe ser firmado por todos los miembros del hogar mayores de 18 años.

Firma:	Fecha
Firma:	Fecha
Firma:	Fecha
Firma:	Fecha

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN

El siguiente cuestionario se refiere a todos los miembros del hogar de 18 años y mayores

Responda lo siguiente marcando SÍ o NO

- ___ Sí ___ No ¿Alguien en su familia requiere el uso de una unidad diseñada específicamente para la accesibilidad de sillas de ruedas? En caso afirmativo, ¿quién? _____
- ___ Sí ___ No ¿Alguien en su hogar tiene una mascota? _____
- ___ Sí ___ No ¿Alguien en su hogar tiene un animal de servicio? _____
- ___ Sí ___ No ¿Alguien en su hogar ha participado en un programa de vivienda subvencionada? En caso afirmativo, ¿dónde? _____
- ___ Sí ___ No ¿Alguien en su hogar ha sido desalojado alguna vez de una vivienda de alquiler? En caso afirmativo, por favor explique _____

Enumere la marca/modelo y las placas/matricula para TODOS los vehículos de su hogar

Marca	Modelo	Año	Placas/Matricula



Autorización para divulgar información/ Aviso sobre la Ley de Confidencialidad

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

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.

Oficina de Vivienda Pública y para
Comunidades Indígenas

Oficina de Vivienda Pública (PHA) que solicita la divulgación de información.
(Tache la casilla si no corresponde.)
(Escriba la dirección completa, el nombre del representante y la fecha.)

Oficina de Vivienda para Comunidades Indígenas (IHA) que
solicita la divulgación de información. (Tache la casilla si no
corresponde.) (Escriba la dirección completa, el nombre
del representante y la fecha.)

Autoridad: La Sección 904 de la Ley Stewart B. McKinney de Enmiendas a la Asistencia para las Personas sin Hogar de 1988, en su forma enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley General de Conciliación del Presupuesto de 1993. Esta ley se encuentra en la Sección 3544 del Título 42 del Código de los EE.UU.

Dicha ley exige que usted firme un formulario de consentimiento en virtud del cual autoriza (1) al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, en adelante HUD) y a la Oficina/Autoridad de Vivienda (Housing Agency/Authority, en adelante HA) para solicitar verificaciones de los sueldos y salarios devengados de empleadores actuales o anteriores; (2) al HUD y a la HA para solicitar información sobre reclamaciones de pago de salarios o indemnización por desempleo a la entidad estatal encargada de mantener dicha información; y (3) al HUD para solicitar cierta información sobre la declaración de renta a la Administración de Seguridad Social (Social Security) y al Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS). La ley exige además una verificación independiente de la información sobre ingresos. Por lo tanto, el HUD o la HA puede solicitar información a instituciones financieras para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

Finalidad: Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza al HUD y a la HA mencionada para solicitar información sobre sus ingresos a las fuentes citadas en el formulario. Ambos organismos necesitan esa información para verificar su ingreso familiar con el fin de cerciorarse de que usted reúne las condiciones para recibir beneficios de asistencia para conseguir vivienda y que esos beneficios se fijen en el monto correcto. Tanto el HUD como la HA pueden participar en programas electrónicos de concordancia con estas fuentes para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

Formas de empleo de la información obtenida: Se exige que el HUD proteja la información obtenida sobre ingresos, de conformidad con la Ley de Confidencialidad de 1974, Sección 552a del Título 5 del Código de los EE.UU. El HUD puede divulgar información (distinta de la correspondiente a declaraciones de renta) para ciertas clases de uso ordinario, por ejemplo, a otros organismos gubernamentales con fines de aplicación de la ley, a organismos del gobierno federal con fines de determinación de la idoneidad para el empleo, y a las HA con el objeto de determinar el monto de la asistencia para conseguir vivienda. También se exige que la HA proteja la información sobre ingresos que obtenga, de conformidad con cualquier ley estatal de confidencialidad aplicable al caso. Los empleados del HUD y de la HA pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso impropio de la información sobre ingresos obtenida con el formulario de consentimiento. **Los propietarios particulares no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

Quién debe firmar el formulario de consentimiento: Cada familiar residente en la propiedad mayor de 18 años debe firmar el formulario de consentimiento. Es preciso obtener la firma de nuevos adultos que ingresen a la residencia o de quienes cumplan 18 años.

Se exige que los solicitantes o receptores de asistencia con arreglo a los siguientes programas firmen este formulario de consentimiento:

Vivienda pública de alquiler de propiedad de una PHA.

Oportunidades de adquisición de vivienda propia para entrega llave en mano de tipo III (alquiler con opción de compra).

Oportunidad de adquisición de vivienda propia con un sistema de ayuda mutua.

Vivienda alquilada según las disposiciones de las Secciones 23 y 19(c).

Pagos de asistencia para vivienda según las disposiciones de la Sección 23.

Vivienda de propiedad de una HA para alquiler a comunidades indígenas. Certificado de alquiler según las disposiciones de la Sección 8 de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937.

Cupón de alquiler según las disposiciones de la Sección 8.

Rehabilitación moderada según las disposiciones de la Sección 8.

Omisión de la firma del formulario de consentimiento: Si usted no firma el formulario de consentimiento se le puede revocar su idoneidad o se le pueden suspender los beneficios de vivienda, o ambas cosas. La revocación de la idoneidad o la suspensión de los beneficios está sujeta al procedimiento de presentación de quejas de la HA y de audiencia informal indicados en la Sección 8.

Fuentes de acopio de información:

Entidades estatales de acopio de información sobre salarios. (Este consentimiento se limita a la indemnización por concepto de salario y desempleo que se me ha pagado periódicamente en los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.) Administración de Seguridad Social de los EE.UU. (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita a la información sobre salario y empleo independiente y sobre el pago de ingreso de jubilación, citados en la Sección 6103(l)(7)(A) del Código del Servicio de Rentas Internas de los EE.UU.)

Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS) (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita al ingreso no laboral [por ejemplo, intereses y dividendos].)

También se puede obtener información directamente de: (a) los empleadores actuales y anteriores, sobre sueldos y salarios y (b) las instituciones financieras, sobre ingresos no laborales (por ejemplo, intereses y dividendos). Tengo entendido que la información sobre ingresos obtenida de estas fuentes se empleará para verificar la información proporcionada por mí, con el fin de determinar mi idoneidad para participar en los programas de asistencia para conseguir vivienda y el monto de los beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento solamente autoriza la divulgación de información directamente de los empleadores y las instituciones financieras por cualquier período de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.

Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que el HUD o la HA soliciten y obtengan información sobre mis ingresos de las fuentes citadas en este formulario con el fin de verificar mi idoneidad y el monto de los beneficios de conformidad con los programas de asistencia para vivienda del HUD. Tengo entendido que las HA que reciban información sobre mis ingresos por medio del presente formulario de consentimiento no pueden emplearla para denegar, reducir o suspender la asistencia sin efectuar primero una verificación independiente del monto correspondiente, si realmente tuve acceso a los fondos y cuándo se recibieron. Además, se me debe dar la oportunidad de refutar esas determinaciones.

Este formulario de consentimiento se vence 15 meses después de firmarlo.

Firmas:

Jefe de familia	Fecha		
No. del seguro social (si existe) del jefe de familia		Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
Cónyuge	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
Otro familiar mayor de 18 años	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
Otro familiar mayor de 18 años	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado para acopiar esta información en virtud de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937 (Sección 1437 *et seq.* del Título 42 del Código de los EE.UU.), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Sección 2000d del Título 42 del Código de los EE.UU.) y la Ley de Vivienda Justa (Sección 3601-19 del Título 42 del Código de los EE.UU.). La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (Sección 3543 del Título 42 del Código de los EE.UU.) exige que los solicitantes y participantes presenten el número de seguro social de cada familiar mayor de seis años de edad. Finalidad: El HUD usa la información sobre sus ingresos y otra información acopiada para determinar su idoneidad, el tamaño apropiado de las habitaciones y el monto que pagará su familia por alquiler y servicios públicos. Otros usos: el HUD usa la información sobre su ingreso familiar y otra información acopiada para ayudar a administrar y supervisar los programas de vivienda realizados con asistencia de ese organismo, proteger el interés financiero del Gobierno o verificar la exactitud de la información proporcionada. Esta información puede divulgarse a entidades federales, estatales y locales idóneas, cuando proceda, y a investigadores y fiscales encargados de tramitar casos civiles y penales y asuntos normativos. De lo contrario, la información no se revelará ni divulgará fuera del HUD, excepto en los casos permitidos o exigidos por la ley. Sanción: Usted debe proporcionar toda la información solicitada por la HA, incluso el número de seguro social que tengan o usen usted y todos los demás familiares mayores de seis años de edad. Es obligatorio dar el número de seguro social de todos los familiares mayores de seis años de edad; su omisión afectará su idoneidad. La omisión de cualquier parte de la información solicitada puede hacer que se demore o deniegue la aprobación de su solicitud por razones de idoneidad.

Sanciones por el uso indebido del presente formulario de consentimiento:

El HUD, la HA y cualquier propietario (o empleado del HUD, la HA o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso indebido de la información acopiada con el presente formulario de consentimiento.

El uso de la información acopiada con el formulario HUD-9886 se limita a los fines citados en el mismo. Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, solicite, obtenga o revele información de manera fraudulenta sobre un solicitante o participante puede estar sujeta a acusación por delito menor y a imposición de una multa máxima de \$5.000.

Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede iniciar una acción civil por daños y perjuicios contra el oficial o funcionario del HUD, la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o del uso indebido, o buscar otra indemnización por parte de ellos, según proceda.

Este documento es traducción de un documento jurídico expedido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), el cual proporciona esta traducción solamente a modo de conveniencia para que le ayude a usted a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés es el documento oficial, legal y que rige. Esta traducción no constituye un documento oficial.



Autorización para la divulgación de información y la investigación de antecedentes

Este formulario permite a la Autoridad de Vivienda de Colorado Springs (CSHA, por sus siglas en inglés) obtener y documentar la verificación de información por parte de terceros, incluidos los ingresos de la familia/hogar, el valor de los bienes, los gastos relacionados con las deducciones de los ingresos anuales y otros factores que afectan la determinación de la elegibilidad, los ingresos ajustados o la renta basada en los ingresos. Se puede solicitar información a las agencias/entidades/personas que administran lo siguiente:

Pensión alimenticia / Manutención de los hijos
Bancos u otras instituciones financieras
Gastos de cuidado de los hijos
Actividad criminal o relacionada con las drogas
Prestaciones del Departamento de Servicios Humanos
Composición familiar
Identidad y Estado civil
Prestaciones de desempleo
Empresas de servicios públicos
Prestaciones para los veteranos
Paga militar
TANF (Ayuda Temporal a las Familias Necesitadas),
AND (Ayuda a las personas Necesitadas y Discapacitadas),
OAP (Pensión de Vejez), Cupones de alimentos
Otro: _____

Tribunales
Historial de crédito
Asistencia por discapacidad
Pensión o Anualidad
Historial de residentes y alquileres (historial del propietario)
Escuelas y Facultades
Beneficios tribales
Las fuerzas del orden
Empleo/Salario
Gastos médicos (de médicos, farmacias, etc.)
Sistemas de Administración de Beneficios de Colorado
Todas las fuentes de ingresos

Describa

Iniciales del cliente

Entiendo que la información obtenida de estas fuentes se utilizará para verificar la información que proporcione como parte de la determinación de la elegibilidad de mi familia para los programas de vivienda asistida. Si algún miembro adulto de la familia no da su autorización, entiendo que esto puede ser motivo de denegación de la elegibilidad o la rescisión del arrendamiento asistido.

Entiendo que tengo derecho, tras realizar una solicitud por escrito dentro de un tiempo razonable después de recibir esta notificación, a solicitar la divulgación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación del consumidor. Entiendo que la CSHA llevará a cabo investigaciones de antecedentes y podría colaborar con otras organizaciones externas. El alcance de la notificación y la autorización lo abarca todo; sin embargo, permite a la empresa obtener de cualquier organización externa todo tipo de informes de consumidores e informes de investigación del consumidor ahora y durante el curso de la asistencia para la vivienda, en la medida permitida por la ley. Como resultado, debería considerar cuidadosamente si debo ejercer el derecho a solicitar la divulgación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación.

Acepto permitir que mi información personal sea divulgada/ revelada por las fuentes antes mencionadas a la Autoridad de Vivienda de Colorado Springs y sus agentes. La información se utilizará únicamente para los fines indicados. Se pueden utilizar fotocopias o un fax de este formulario en lugar del original.

Cada miembro del hogar que tenga 18 años o más debe firmar este formulario de consentimiento. Este formulario de consentimiento caduca 15 meses después de su firma.

Firma del cabeza de familia

Fecha

Otro miembro de la familia mayor de 18 años

Fecha

Otro miembro de la familia mayor de 18 años

Fecha

Otro miembro de la familia mayor de 18 años

Fecha

Otro miembro de la familia mayor de 18 años

Fecha

Otro miembro de la familia mayor de 18 años

Fecha



HISTORIAL DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____

Número de teléfono del solicitante: (____) _____ - _____ ¿Es un número de mensaje? Sí ___ No ___

Indique las direcciones físicas en las que ha vivido durante los **últimos dos (2) años**. Debe indicar las direcciones completas, los nombres de los propietarios y los periodos en los que residió allí. Si hay momentos en los que no ha tenido dirección física (ha vivido en albergues o no ha tenido hogar), por favor indíquelo. **Indique si alguno de los propietarios de la lista es familiar.**

1. Dirección actual: _____

Nombre del propietario: _____

Dirección, ciudad, estado y código postal: _____

De: Mes _____ Año _____ a: La actualidad Número de teléfono/FAX del propietario: (____) _____ - _____

2. Dirección anterior: _____

Nombre del propietario: _____

Dirección, ciudad, estado y código postal: _____

De: Mes _____ Año _____ A: Mes _____ Año _____

Número de teléfono/FAX del propietario: (____) _____ - _____

3. Dirección anterior: _____

Nombre del propietario: _____

Dirección, ciudad, estado y código postal: _____

De: Mes _____ Año _____ A: Mes _____ Año _____

Número de teléfono/FAX del propietario: (____) _____ - _____

4. Dirección anterior: _____

Nombre del propietario: _____

Dirección, ciudad, estado y código postal: _____

De: Mes _____ Año _____ A: Mes _____ Año _____

Número de teléfono/FAX del propietario: (____) _____ - _____

1. ¿Ha tenido problemas para pagar sus facturas de servicios públicos? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, por favor explique: _____
2. ¿Puede mudarse inmediatamente? Sí ___ No ___ En caso negativo, ¿en cuánto tiempo podría mudarse? _____
3. ¿Puede pagar un depósito de garantía de \$130 a \$420? Sí ___ No ___ (\$130/1 Dorm.; \$260/2 Dorm.; \$390/3 Dorm.; \$420/4 Dorm)
4. ¿Alguna vez ha tenido una violación del contrato de arrendamiento? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, por favor, explique la(s) violación(es): _____
5. Comentarios que le gustaría hacer en su nombre: _____





Declaración de Ciudadanía o Situación Migratoria

Esta declaración se debe completar para cada miembro de la familia. Todos los adultos, mayores de 18 años o que actúen en calidad de cónyuges o Co-Cabeza de familia, deben firmar su propia declaración. La declaración de los hijos menores de 18 años se debe firmar por un miembro adulto de la familia que resida (o vaya a residir) en la vivienda asistida y que será responsable del menor.

Bajo pena de perjurio, declaro que:

____ M ____ F
(Escriba en letra de molde) Nombre del cabeza de familia Género Fecha de nacimiento Número de seguridad social
____ es ciudadano de los Estados Unidos.

____ es un extranjero con situación migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar la documentación del estado de elegibilidad para el miembro de la familia mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que la PHA (Autoridad de Vivienda Pública) verifique mi situación migratoria.

Núm. de Registro de Extranjeros o Núm. de Verificación: _____

____ opta por no certificar que es ciudadano o que tiene una situación migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que recibirá mi familia.

Se requiere la firma del Cabeza de familia Fecha

Bajo pena de perjurio, declaro que:

____ M ____ F
(Escriba en letra de molde) Nombre del miembro de la familia Género Fecha de nacimiento Número de seguridad social
____ es ciudadano de los Estados Unidos.

____ es un extranjero con situación migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar la documentación del estado de elegibilidad para el miembro de la familia mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que la PHA verifique mi situación migratoria.

Núm. de Registro de Extranjeros o Núm. de Verificación: _____

____ opta por no certificar que es ciudadano o que tiene una situación migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que recibirá mi familia.

Se requiere la firma del miembro adulto Fecha

Bajo pena de perjurio, declaro que:

____ M ____ F
(Escriba en letra de molde) Nombre del miembro de la familia Género Fecha de nacimiento Número de seguridad social
____ es ciudadano de los Estados Unidos.

____ es un extranjero con situación migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar la documentación del estado de elegibilidad para el miembro de la familia mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que la PHA verifique mi situación migratoria.

Núm. de Registro de Extranjeros o Núm. de Verificación: _____

____ opta por no certificar que es ciudadano o que tiene una situación migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que recibirá mi familia.

Se requiere la firma del miembro adulto Fecha

Bajo pena de perjurio, declaro que:

____ M ____ F
(Escriba en letra de molde) Nombre del miembro de la familia Género Fecha de nacimiento Número de seguridad social
____ es ciudadano de los Estados Unidos.

____ es un extranjero con situación migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar la documentación del estado de elegibilidad para el miembro de la familia mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que la PHA verifique mi situación migratoria.

Núm. de Registro de Extranjeros o Núm. de Verificación: _____

____ opta por no certificar que es ciudadano o que tiene una situación migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que recibirá mi familia.

Se requiere la firma del miembro adulto Fecha

Bajo pena de perjurio, declaro que:

____ M ____ F
(Escriba en letra de molde) Nombre del miembro de la familia Género Fecha de nacimiento Número de seguridad social
____ es ciudadano de los Estados Unidos.

____ es un extranjero con situación migratoria elegible. Entiendo que debo proporcionar la documentación del estado de elegibilidad para el miembro de la familia mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que la PHA verifique mi situación migratoria.

Núm. de Registro de Extranjeros o Núm. de Verificación: _____

____ opta por no certificar que es ciudadano o que tiene una situación migratoria elegible. Entiendo que esto puede afectar la cantidad de asistencia para la vivienda que recibirá mi familia.

Se requiere la firma del miembro adulto Fecha

Se requiere la firma del Cabeza de familia para todas las declaraciones anteriores

Fecha

Si tiene más miembros en el hogar, debe completar un formulario complementario de Declaración de Ciudadanía. **Vaya a www.csha.us, haga clic en Formularios, haga clic en “Vale de la Sección 8 - Declaración Complementaria de Ciudadanía o Situación Migratoria”.**

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
☐ Emergencia	☐ Ayuda con el proceso de recertificación
☐ No es posible comunicarse con usted	☐ Cambio en los términos del arrendamiento
☐ Rescisión de la asistencia de alquiler	☐ Cambio en las reglas de la casa
☐ Desalojo de la unidad	☐ Otro: _____
☐ Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

☐ Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.



Sólo para uso de la PHA - ☐ Vivienda Pública ☐ Vale ☐ Otro Marque uno

(Este formulario está disponible en un formato alternativo (por ejemplo: Letra grande, Braille, dispositivos de asistencia auditiva o cinta de audio bajo petición)

SOLICITUD DE UNA ADAPTACIÓN RAZONABLE

Este formulario se debe completar por el Cabeza de familia en nombre del miembro del hogar que necesita la adaptación y se debe firmar tanto por el Cabeza de familia como por el miembro del hogar, si tiene 18 años o más.

Nombre del Cabeza de familia: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

☐ No solicito una Adaptación razonable en este momento.

☐ Yo o un miembro de mi hogar es una persona con una discapacidad tal y como se define por uno o más de los siguientes: Una deficiencia física o mental que limita considerablemente una o más de las actividades principales de la vida; un historial de tener tal deficiencia; o se considera que tiene tal deficiencia. Si yo no soy la persona con la discapacidad, el miembro del hogar indicado a continuación tiene una discapacidad:

Nombre: _____

Relación con el cabeza de familia _____

Como resultado de su discapacidad se solicita el siguiente cambio o cambios:
(puede marcar más de uno)

(☐) **Un cambio en una política, procedimiento, norma, práctica o servicio del programa adoptado por la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Colorado Springs** (Por favor, explique cómo la Autoridad de Vivienda puede proporcionar la adaptación, teniendo en cuenta que se deben cumplir los términos del contrato de arrendamiento.)

(☐) **Otro** (por ejemplo cómo se comunica la Autoridad de Vivienda con usted)



Septiembre 2014

(____) **Un cambio en mi unidad u otra parte del complejo de viviendas** (Sólo Vivienda Pública) - Aviso: *(si es cliente de la Sección 8 tendrá que comunicarse con su arrendador para hacer este tipo de solicitudes)*

Por favor, especifique el tipo de cambio necesario: _____

Describa cómo esto le ayudará:

Por la presente autorizo a la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Colorado Springs (HACCS, por sus siglas en inglés) a verificar que yo o un miembro del hogar tiene una discapacidad que requiere una adaptación razonable. La HACCS tiene permiso para ponerse en contacto con los profesionales indicados a continuación, pero sin limitarse a ellos, médicos, psiquiatras, psicólogos autorizados, enfermeras especializadas, trabajadores sociales autorizados, trabajadores de rehabilitación, profesionales, o agencias de servicios no médicos autorizados para proporcionar servicios a personas con discapacidades para verificar esta información:

Nombre del proveedor actual: _____

Tipo de experto profesional: _____
(ver la lista anterior)

Nombre de la instalación de la clínica: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Numero de fax: _____

Entiendo que la información que obtenga la HACCS se mantendrá completamente confidencial y que se utilizara únicamente para determinar si la HACCS proporcionará una adaptación.

Firma: _____
Cabeza de familia

Fecha: _____

Firma: _____
Miembro adulto que necesita la adaptación si es mayor de 18 años

Fecha: _____



Septiembre 2014

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU.
Oficina de Vivienda Oficina de Programas de Viviendas Multifamiliares

PROYECTO DE MEJORA DE LA INTEGRIDAD DE LA VIVIENDA DE ALQUILER

La EIV y usted

VERIFICACIÓN DE INGRESOS EMPRESARIALES

Lo que USTED debe saber

si recibe o está solicitando

asistencia de alquiler a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los EE. UU.

¿Qué es el sistema de EIV?

La Verificación de Ingresos Empresariales (*Enterprise Income Verification*, EIV) es un sistema basado en Internet que contiene información sobre ingresos y empleos de las personas que participan en los programas de asistencia de alquiler del HUD. Esta información ayuda al HUD a garantizar que “las personas adecuadas gocen de los derechos adecuados”.

¿Qué información de ingresos se encuentra en la EIV y de dónde proviene?

La Administración de Seguro Social:

Beneficios del Seguro Social

Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario

Beneficios de Seguro Social de Doble Derecho

El Directorio Nacional de Nuevas Contrataciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Jornales

Compensación por desempleo

Nuevas contrataciones (W-4)

¿Para qué se utiliza la información de la EIV?

El sistema de EIV proporciona información de ingresos y antecedentes laborales al propietario y/o administrador de la propiedad en la que vive. Esta información se usa para cumplir con el requisito del HUD que exige la realización de una verificación independiente de su empleo y/o ingresos al momento de la recertificación que lo habilitará para seguir recibiendo asistencia de alquiler. La obtención de la información a través del sistema de EIV es más exacta, rápida y barata para el propietario o administrador que si se comunicara directamente con su fuente de ingresos para realizar la verificación.

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

Los propietarios y administradores de propiedades pueden usar el sistema de EIV para determinar:

- Si usted informó sobre sus ingresos correctamente.

También podrán determinar lo siguiente:

Si usted usó un número de seguro social falso.

Si usted no informó sobre los ingresos de su cónyuge o miembro del hogar, o si informó montos inferiores a los reales.

Si usted recibió asistencia de alquiler en otra propiedad.

¿Se necesita de mi consentimiento para obtener mi información de la EIV?

Sí. Cuando firma el formulario HUD-9887, Notificación y Consentimiento de Divulgación de Información, y el formulario HUD-9887-A, Consentimiento del Solicitante/Locuario de Divulgación de Información, usted brinda su consentimiento para que el HUD y el propietario o administrador de la propiedad obtengan información acerca de usted a fin de verificar su empleo y/o ingresos y determinar su elegibilidad para recibir asistencia de alquiler del HUD. Si no firma los formularios de consentimiento, se podrá denegar la asistencia o suspender los beneficios de asistencia de vivienda.

¿Quién tiene acceso a la información de la EIV?

Tienen acceso a su información de la EIV únicamente usted y las partes que figuren en el formulario de consentimiento HUD-9887 que usted debe firmar.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Como locatario de una propiedad asistida por el HUD, debe certificar que la información suministrada en una solicitud de asistencia de vivienda y en el formulario utilizado para certificar y recertificar su asistencia (formulario HUD-50059) sea correcta y fidedigna. Esto también se describe en el folleto *Responsabilidades y derechos de los locatarios* que el propietario o administrador de su propiedad debe entregarle todos los años.

Sanciones por proporcionar información falsa

Se considera fraude proporcionar información falsa. Las sanciones para aquellas personas que cometan fraude incluyen desalojo, devolución de la asistencia en exceso recibida, multas de hasta \$10.000, encarcelamiento por hasta 5 años, prohibición de la recepción de toda asistencia de alquiler futura y/o sanciones del gobierno estatal o federal.

Protéjase; cumpla con los requisitos del HUD

Cuando complete solicitudes y recertificaciones, debe incluir todas las fuentes de ingresos que reciban usted y todo miembro de su hogar. Algunas de las fuentes son las siguientes:

Ingresos de jornales
Pagos de asistencia social
Beneficios por desempleo
Beneficios del Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario
Beneficios de veteranos
Pensiones, jubilaciones, etc.
Ingresos de activos

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

Fondos recibidos en nombre de un niño tales como:

- *Manutención*
- *Pagos de la Asistencia a Familias con Niños Dependientes*
- *Seguro social para niños, etc.*

Si tiene alguna pregunta acerca de si debe considerar como ingresos ciertos fondos recibidos, consulte con el propietario o administrador de su propiedad.

Cuando se produzcan cambios en la composición de su familia o en los ingresos del hogar, comuníquese de inmediato con el propietario o administrador de su propiedad para determinar si este cambio afectará su asistencia de alquiler.

El propietario o administrador de su propiedad debe entregarle una copia de la hoja informativa "Cómo se determina el alquiler" que incluye un listado de los puntos que se incluyen o excluyen de sus ingresos.

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la información de la EIV?

Si no está de acuerdo con la información sobre ingresos y/o empleos de la EIV, debe comunicárselo al propietario o administrador de su propiedad. El propietario o administrador de su propiedad se comunicará con la fuente de ingresos directamente para obtener una verificación del ingreso y/o empleo con el que no está de acuerdo. Una vez que el propietario o administrador de su propiedad reciba la información de su fuente de ingresos, se le informarán por escrito los resultados.

¿Qué sucede si no informé sobre los ingresos anteriormente y ahora están saliendo en los informes de la EIV?

Si el informe de la EIV divulga ingresos de un periodo anterior acerca del cual usted no informó, tiene dos opciones: 1) puede estar de acuerdo con el informe de la EIV si este es correcto, o 2) puede argumentar en contra del informe si considera que es incorrecto. El propietario o administrador de la propiedad llevará a cabo una verificación mediante un tercero por escrito con la fuente de ingresos suministrada. Si la fuente confirma que los ingresos son correctos, deberá pagar toda asistencia en exceso recibida de hasta cinco (5) años retroactivos y puede estar sujeto a sanciones si se determina que intentó deliberadamente de ocultar sus ingresos.

¿Qué sucede si mi información de la EIV no es correcta?

La EIV puede revelar casos de posibles robos de identidad; alguien más podría estar usando su número de seguro social. Si esto se descubre, debe notificarlo a la Administración de Seguro Social llamando de forma gratuita al 1-800-772-1213. Si desea obtener más información acerca del robo de identidad, puede acceder al sitio web de la Administración de Seguro Social en: <http://www.ssa.gov/pubs/10064.html>.

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

¿Con quién debo comunicarme si no se están calculando correctamente mis ingresos o asistencia de alquiler?

Primero, comuníquese con el propietario o administrador de su propiedad para solicitar una explicación.

Si necesita asistencia adicional, puede comunicarse con el administrador del contrato de la propiedad en la que está viviendo y, si no está satisfecho con la resolución, puede comunicarse con el HUD. Si necesita ayuda para localizar la oficina del HUD más cercana, la cual también puede proporcionarle información de contacto del administrador del contrato, llame a la Oficina Central de Viviendas Multifamiliares al: 1-800-685-8470.

¿Dónde puedo obtener más información acerca de la EIV y del proceso de verificación de ingresos?

El propietario o administrador de su propiedad pueden brindarle información adicional acerca de la EIV y del proceso de verificación de ingresos. Además pueden referirlo al administrador del contrato correspondiente o a la oficina del HUD local para obtener más información.

Si tiene acceso a un equipo de PC, puede leer más acerca de la EIV y del proceso de verificación de ingresos en el sitio web de la EIV multifamiliar del HUD en: www.hud.gov/offices/hsg/mfh/rhiip/eiv/eivhome.cfm.