
CHANGE OF FAMILY COMPOSITION PACKET - ADD A NEW MEMBER AND/OR REMOVE A MEMBER

Participant:

In an effort to ensure you/your family are served in a timely manner, we are requesting that you completely fill out and sign every document in the enclosed packet and return within **10 days**. **Warning:** *Failure to report a change of income or family composition within 10 days could result in the termination of your housing assistance.*

To **ADD** a member to your household, you **must enclose** copies of the following for all persons being added:

1. Social Security Card
2. Birth Certificate
3. Picture ID for persons 18 or older
4. Marriage Certificate (if applicable)
5. Managing Conservatorship for non-biological children (Legal Custody)
6. Proof of all household income, including employer's name and address
7. TANF, Social Security/SSI and Child Support print outs
8. Child Care Provider verification (for each child under age 13)
9. Employment verification on company letterhead and 4-6 paycheck stubs

Complete and return all the attached forms:

1. Background Check Release form
2. Release of Information/Privacy Act Notice
3. Statement (stating change you are requesting)
4. Declaration of Section 214 status (citizenship)
5. Owner Acknowledgement

To **REMOVE** a member from your household, you must provide documents and/or satisfy criteria from the following list, which must **total 10 points**:

1. Lease of removed person, evidencing his/her new address (10 points)
2. Utility Bill of removed person, evidencing his/her new address (7points)
3. Is head of household willing to move to a smaller apartment? (7 points)
4. Participant in good standing (5points)
5. JCHA checks subject assisted unit and finds no evidence that the person is still living in the assisted unit (5 points)
6. Documentation notifying the USPS of a change of address for the person to be removed (5 points)
7. Mail going to removed person at a different address (3 points)
8. Request that mail not be delivered to the head of household's address (3 points)
9. Legal Disclaimer Ad in newspaper (3 points)

FAILURE TO SUBMIT THE REQUIRED DOCUMENTATION MAY DELAY YOUR REQUEST TO ADD/REMOVE A MEMBER TO/FROM YOUR HOUSEHOLD.

PAQUETE PARA CAMBIAR LA COMPOSICION FAMILIAR

Apreciado Participante:

Con el fin de asegurar que usted o su familia sean atendidos de manera oportuna, le solicitamos que llene completamente y firme todos los documentos del paquete adjunto dentro de los **10 días** posteriores a su recibo. **Advertencia:** *El no reportar algún cambio en la entrada o en la composición familiar dentro de estos 10 días después del cambio, puede ocasionar la terminación de su asistencia para vivienda.*

Si está solicitando **AGREGAR** miembros a la composición familiar, **debe adjuntar** copias de los siguientes documentos de todas las personas que van a ser agregadas:

1. Tarjeta de Seguro Social (SS)
2. Registro de Nacimiento
3. Identificación con foto de las personas de 18 años o mayores
4. Certificado de Matrimonio (si aplica)
5. Certificado de Custodia Legal de todos los niños no biológicos
6. Prueba de las entradas totales del hogar, incluyendo el nombre y la dirección del empleador
7. Copias impresas de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas), Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y del Sosténimiento de Menores
8. Comprobación del Proveedor del Cuidado Infantil en el Hogar (de todos los niños menores de 13 años)
9. Comprobación de empleo en papel membretado del empleador y 4-6 comprobantes de pago

Llene y devuelva todos los formularios adjuntos:

1. Autorización para Obtener Antecedentes Penales
2. Autorización para Divulgar Información/Privacy Act Notice
3. Declaración (indicando el cambio que está solicitando)
4. Declaración de Estado Sección 214 (ciudadanía)
5. Autorización del Propietario

Si está solicitando **REMOVER** a algún miembro de su hogar, **debe adjuntar** lo siguiente:

1. Copia de Contrato de Arrendamiento de la persona que va a ser removida (10 puntos)
2. Factura de Servicios Públicos, evidenciando su nueva dirección (7 puntos)
3. ¿La cabeza de hogar está dispuesta a mudarse a un apartamento más pequeño? (5 puntos)
4. Participante en buen estado (5 puntos)
5. JCHA chequea la unidad asistida y verifica que no hay evidencia que la persona todavía este ocupando la unidad (5 puntos)
6. Documentación notificando a USPS de un cambio de dirección (5 puntos)
7. Correo dirigido a la persona removida a una dirección diferente (3 puntos)
8. Petición que el correo no sea entregado a la dirección de la cabeza de hogar (3 puntos)
9. Anuncio de Aviso Legal en el periódico (3 puntos)

EL NO ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PUEDE RETRASAR SU SOLICITUD PARA AGREGAR O REMOVER A ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR.



Jersey City Housing Authority
Housing Choice Voucher (Section 8) Program
400 US Highway #1 (Marion Gardens)
Jersey City, NJ 07306
PHONE: 201-706-4677/4678
FAX: 551-256-7736/7737
www.jcha-gov.us

STATEMENT

Name: _____

Address: _____

Last four Digits of Social Security Number: xxx-xx-_____

Phone Number: _____

Statement (PLEASE PRINT YOUR REQUEST):

By signing below, I am certifying that the information above is true and correct. I also acknowledge that it is my responsibility to report any and all changes in the income and /or family composition of my household within ten days of the change in writing.

Signature: _____ **Date:** _____





**Jersey City Housing Authority
Housing Choice Voucher (Section 8) Program**

400 US Highway #1 (Marion Gardens)
Jersey City, NJ 07306

PHONE: 201-706-4677/4678

FAX: 551-256-7736/7737

www.jcha-gov.us

DECLARACION

Nombre: _____

Dirección: _____

Seguro Social: XXX-XX-_____

Número de Teléfono: _____

Declaración (Por favor escriba en letra de molde su petición):

Al firmar adelante certifico que la información anterior es exacta y correcta. También reconozco que es mi responsabilidad reportar todos los cambios en las entradas o de la composición mi familia en los 10 días posteriores al cambio por escrito.

Firma _____ **Fecha** _____





**Jersey City Housing Authority
Housing Choice Voucher (Section 8) Program**

400 US Highway #1 (Marion Gardens)
Jersey City, NJ 07306

PHONE: 201-706-4677/4678

FAX: 551-256-7736/7737

www.jcha-gov.us

CHANGE OF FAMILY COMPOSITION – ADD A NEW MEMBER

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND SUBMIT TO THE HOUSING AUTHORITY BEFORE PERMITTING ANYONE TO MOVE INTO YOUR HOUSING UNIT

Head of Household: _____ Date: _____

SSN: _____ Home# _____ Work/Cell# _____

Address: _____ City, State, Zip: _____

PLEASE NOTE: ALL PARTICIPANTS MUST REPORT ANY CHANGES IN FAMILY COMPOSITION OR INCOME WITHIN 10 DAYS OF THE CHANGE OCCURING.

THE LANDLORD MUST APPROVE ANY REQUESTED CHANGE PRIOR TO SUBMITTING THIS PACKET TO THE HOUSING AUTHORITY

Name of Person: _____ Relationship: _____

SSN: XXX-XX - _____ DL/ID# _____ Date of Birth: _____

Current Address: _____ Home Phone: _____

City, ST, Zip: _____ Work/Cell: _____

Name of Employer: _____

Address: _____ City, St, Zip: _____

Monthly Income: _____

If not employed, list source of income and amount:

BY SIGNING BELOW, I CONTEND THAT THE INFORMATION PROVIDED IS TRUE AND CORRECT. I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE OR INACCURATE INFORMATION MAY JEOPARDIZE MY ELIGIBILITY TO RECEIVE FUTURE ASSISTANCE.

SIGNATURE: _____ DATE: _____





**Jersey City Housing Authority
Housing Choice Voucher (Section 8) Program**

400 US Highway #1 (Marion Gardens)
Jersey City, NJ 07306

PHONE: 201-706-4677/4678

FAX: 551-256-7736/7737

www.jcha-gov.us

CAMBIO EN LA COPOSICION FAMILIAR – AGREGAR UN NUEVO MIEMBRO

**POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO A LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE JERSEY CITY ANTES
DE PERMITIR QUE ALGUIEN SE MUDE A SU UNIDAD DE VIVIENDA**

Cabeza de Hogar: _____ Fecha: _____

SSN: xxx-xx- _____ Casa # _____ Cell# _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

**POR FAVOR TOME NOTA: TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN REPORTAR CUALQUIER CAMBIO EN LA
COMPOSICIÓN O EN LA ENTRADA FAMILIAR DENTRO DE LOS 10 DÍAS POSTERIORES AL CAMBIO.**

**EL ARRENDADOR DEBE APROBAR TODAS LAS SOLICITUDES DE CAMBIO ANTES DE QUE ENVÍE ESTE PAQUETE
A LA AUTORIDAD DE VIVIENDA**

Nombre de la Persona: _____ Relación: _____

SSN: XXX-XX - _____ DL/ID# _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Actual: _____ Casa #: _____

Ciudad, ST, Zip: _____ Cell: _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad, St, Zip: _____

Salario Mensual: _____

Si no está empleado, mencione la fuente de entrada y la cantidad:

AL FIRMAR ABAJO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA ES FIEL Y PRECISA. COMPRENDO QUE AL DAR INFORMACIÓN
FALSA O INEXACTA PUEDO PONER EN PELIGRO MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR AYUDA EN EL FUTURO.

FIRMA: _____ FECHA: _____





**Jersey City Housing Authority
Housing Choice Voucher (Section 8) Program**

400 US Highway #1 (Marion Gardens)
Jersey City, NJ 07306

PHONE: 201-706-4677/4678

FAX: 551-256-7736/7737

www.jcha-gov.us

CHANGE OF FAMILY COMPOSITION
OWNER/LANDLORD ACKNOWLEDGEMENT

Participant Name: _____

Social Security Number: _____

Participant Address: _____

City, State, Zip _____

YOUR TENANT HAS ADVISED THE JERSEY CITY HOUSING AUTHORITY THAT THEY WISH TO MAKE A CHANGE IN THEIR CURRENT FAMILY COMPOSITION BY ADDING THE FOLLOWING PERSON TO THEIR LEASE/APPLICATION:

Name: _____

Relationship: _____

In order for this change to be valid, the Tenant must obtain written approval from you, their owner/landlord. Please indicate your decision below:

_____ YES, I agree to the addition of the above named person in my rental unit.

_____ NO, I do not agree to the addition of the above person in my rental unit.

Printed Name of Owner/Landlord: _____

Address of Owner/Landlord: _____

City, State, Zip: _____

Signature of Owner/Landlord: _____ **Date:** _____



CAMBIO EN LA COMPOSICION FAMILIAR
AUTORIZACION DEL PROPIETARIO/ARREANDADOR

Nombre del Participante: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección del Participante: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

SU ARRENDADOR LE HA INFORMADO A LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE JERSEY CITY QUE ÉL/ELLA DESEA HACER UN CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN FAMILIAR ACTUAL, AGREGANDO A LA PERSONA SIGUIENTE EN SU CONTRATO DE ARRENDAMIENTO O SOLICITUD:

Nombre: _____

Relación: _____

Para que este cambio sea válido, el Propietario/Arrendador debe obtener una aprobación por escrito de su parte, (el arrendatario). Por favor indique su decisión en los espacios siguientes:

_____ Sí, estoy de acuerdo con la adición de la persona mencionada arriba a mi unidad de vivienda.

_____ NO, no estoy de acuerdo con la adición de la persona mencionada arriba a mi unidad de vivienda.

Nombre del Propietario/Arrendador

Escriba en letra de molde: _____

Dirección del Propietario/Arrendador: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Firma del Propietario/Arrendador: _____ **Fecha:** _____

DECLARATION OF SECTION 214 (CITIZENSHIP) STATUS

Notice to applicants and tenants: In order to be eligible to receive the housing assistance sought, each applicant for or recipient of housing assistance must be lawfully within the United States. Please read the Declaration statement carefully. Sign and return it to the Housing Authority's Admissions Office. Please feel free to consult with an immigration lawyer or other immigration expert of your choosing prior to signing.

I, _____ certify under penalty of perjury, ¹ that to the best of my knowledge, I am lawfully within the United States because (please check appropriate box):

- I am a citizen by birth, a naturalized citizen or national of the United States; or
- I have eligible immigration status and I am 62 years of age or older. Attach evidence for proof of age,² or;
- I have eligible immigration status as checked below (see explanation on reverse side of form). Attach INS document(s) evidencing eligible immigration status, and signed verification consent form.
 - Immigrant status under 1001 (a) (15) or 101 (a) (20) of the INA,³ or;
 - Permanent residence under 249 of INA;⁴ or
 - Refugee, asylum or conditional entry status under 207, 208 or 203 of the INA,⁵ or;
 - Parole status under 212 (d) (f) of the INA,⁶ or;
 - Threat to life or freedom under 243 (h) of the INA,⁷ or;
 - Amnesty under 245 of the INA⁸

(Signature of Family Member)

(Date)

- Check box on left if signature is of adult residing in the unit who is responsible for child named on statement above.

PHA: Enter INS/SAVE Primary Verification # _____ Date: _____



Jersey City Housing Authority
Housing Choice Voucher (Section 8) Program

400 US Highway #1 (Marion Gardens)
Jersey City, NJ 07306
PHONE: 201-706-4677/4678
FAX: 551-256-7736/7737
www.jcha-gov.us

CORELOGIC SAFERENT
BACKGROUND CHECK RELEASE FORM

Applicant's Name Last First M.I.

Social Security Number: Date of Birth

Present Address No. Street City State Zip Code

Landlord's Name: Move In Date:

Landlord's Address No. Street City State Zip Code

Former Address:

Employer's Name: No. Street City State Zip Code

Employer's Address: No. Street City State Zip Code

Date of Hire: Number of Hours Worked Per Week:

Gross Salary \$ (Circle One) Weekly Bi-Weekly Monthly Bi-Monthly Yearly

If not employed, list your source of income

Gross Amount \$ (Circle One) Weekly Bi-Weekly Monthly Bi-Monthly Yearly

I hereby authorize the Jersey City Housing Authority, and its designee, CORELOGIC SAFERENT the right to conduct searches for the purpose of obtaining rental lease information it deems desirable in the processing of my application for rental assistance. Information to be obtained includes but is not limited to criminal background checks, credit reports and rental history.

Applicant's Signature Date

Below for Office Use Only

JCHA Processor: Applicant Selection Name/Date

Check Request Category Below:

- Wait List Applicant Lease Addition New Head of Household
Live In Aide Relocation
Pass Fail

Section 8 Director, Patricia Ramirez/Designee Date

