




¿Está Solicitando Asistencia con la Vivienda de HUD? Piense sobre esto ... ¿vale la pena el fraude?

¿Sabe Usted?	Reporte el Fraude
<p>Si usted comete fraude para obtener vivienda con asistencia de HUD, a usted se le podría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desalojar de su apartamento o casa • Requerir que pague toda la asistencia que se haya pagado de más que usted haya recibido. • Multar por una cantidad de hasta \$10,000.00 dólares • Meter a la Prisión durante hasta cinco años • Prohibir que reciba asistencia en el futuro. • Sujetar a sanciones del gobierno estatal y local. 	<p>Si usted sabe de cualquier persona que provea información falsa en una solicitud de vivienda con asistencia de HUD o en una recertificación o si cualquier persona le dice a usted que provea información falsa, reporte a dicha persona a la Línea de la Oficina del Inspector General de HUD. Usted puede llamar a la Línea de larga distancia gratuita de lunes a viernes, de 10 a.m. a 4:30 p.m. Tiempo del Este, al 1-800-347-3735. Puede enviar información por fax al 202-708-4829 ó enviar una nota electrónica a hotline@hudoig.gov. Usted puede escribirle a la Línea a:</p> <div style="text-align: right;"> <p>Línea OIG de HUD, GFI 451 7TH Street, SW Washington, DC 20410</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div>

Si una persona que no sea el/la solicitante/participante llena las siguientes formas, por favor indique su nombre:

Nombre en Letra de Molde _____ Firma

Relación con el/la Solicitante / Inquilino/a

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

ESTA PÁGINA FUE DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



Solicitud Completa para Asistencia con la Vivienda de la Ciudad de Chandler

A ser completada por el/la solicitante/residente con su puño y letra. La información que usted provea en la forma con respecto a la composición del hogar, los ingresos, los bienes familiares y las deducciones, debe ser precisa y completa. Llene todas las secciones. La falla en llenar esta forma precisa y completamente resultará en que a usted se le remueva de la lista de espera.

INFORMACIÓN DEL/LA JEFE/A DEL HOGAR				
NOMBRE	PRIMER NOMBRE	APELLIDO		SEGUNDO NOMBRE/NOMBRE DE SOLTERA
DOMICILIO POSTAL	Calle	Apto/Unidad #		Ciudad/Estado/Código Postal
DOMICILIO FÍSICO	Calle	Apto/Unidad #		Ciudad/Estado/Código Postal
INFORMACIÓN DE CONTACTO	TELÉFONO DEL HOGAR HOGAR	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO	DOMICILIO ELECTRÓNICO DEL/LA JEFE/A DEL

Marque todo lo que sea aplicable al/la jefe/a del hogar:

Masculino Femenino Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Si usted está casado/a y su cónyuge no vive con usted, usted debe proveer la siguiente información:

NOMBRE DEL/LA CÓNYUGE/EX-CÓNYUGE	DOMICILIO
----------------------------------	-----------

¿Ha usted usado alguna vez un nombre distinto al que está usando ahora? Sí No

Si contestó Sí, por favor explique: _____

¿Ha usted usado alguna vez un número de Seguro Social distinto al que está usando ahora? Sí No

Si contestó Sí, por favor explique: _____

INFORMACIÓN GENERAL	
<p><u>Sí</u> <u>No</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Previamente, ¿ha usted vivido alguna vez en vivienda subsidiada o ha recibido asistencia con la renta? Si contestó Sí, provea el nombre y el domicilio de la Agencia que le proporcionó o que le está proporcionando la asistencia:</p> <p>Fechas en las que comenzó y terminó la asistencia: _____ ¿Quién era el/la Jefe/a del Hogar? _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Está usted actualmente recibiendo asistencia con la renta? Si contestó Sí, provea el nombre y el domicilio de la Agencia que le está proporcionando la asistencia:</p> <p>Fechas en las que comenzó la asistencia: _____ ¿Quién es el/la Jefe/a del Hogar? _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Actualmente usted le debe dinero a cualquier Agencia Pública o de Vivienda con Asistencia? Si contestó Sí, provea la cantidad: _____ Nombre y domicilio de la Agencia a la que le debe dinero: _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Dentro de los últimos cinco años, ¿usted o algún miembro de su hogar han sido desalojados de una vivienda con asistencia federal? Si contestó Sí, por favor explique: _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Dentro de los últimos cinco años, ¿usted o algún miembro de su hogar han sido arrestados debido a actividad criminal o relacionada con drogas? Si contestó Sí, por favor explique: _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Algún miembro de su hogar está sujeto al requerimiento de registro de por vida bajo un programa estatal de registro de delincuentes sexuales? Si contestó Sí, ¿quién? _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Algún miembro de su hogar ha sido alguna vez encontrado culpable por actividad criminal relacionada con drogas debido a la producción o fabricación de metanfetaminas en las instalaciones de vivienda con asistencia federal? Si contestó Sí, ¿quién? _____</p>

INFORMACIÓN GENERAL Continúa

Sí No

¿Usted o cualquier miembro del hogar cree que necesita una adaptación razonable para participar en cualquier programa de la División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler? La División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler está comprometida a cumplir totalmente con todas las leyes estatales, federales y locales envolviendo la no discriminación y las oportunidades equitativas. Si usted marcó Sí, por favor solicite y llene una forma de "Adaptación Razonable" o hable con un representante de vivienda.

COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

Comience con usted mismo/a. Liste a todas las personas que vivirán en la unidad y la relación de cada persona con el/la Jefe/a del Hogar. Incluya a asistentes residiendo en el hogar. (DEBE llenar la forma completamente, incluyendo fechas de nacimiento, números de Seguro Social, etc.)

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON EL/LA JEFE/A DEL HOGAR "HOH"	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO "DOB"	RAZA	ORIGEN ÉTNICO	SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA
1. <input type="checkbox"/> Discapacitado/a	<i>Jefe/a del Hogar</i>						<input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
2. <input type="checkbox"/> Discapacitado/a							<input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
3. <input type="checkbox"/> Discapacitado/a							<input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
4. <input type="checkbox"/> Discapacitado/a							<input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
5. <input type="checkbox"/> Discapacitado/a							<input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
6. <input type="checkbox"/> Discapacitado/a							<input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
7. <input type="checkbox"/> Discapacitado/a							<input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
8. <input type="checkbox"/> Discapacitado/a							<input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID

Use otra hoja de papel para listar hijos/as adicionales.

ESTUDIANTES DE TIEMPO COMPLETO

Nadie en el hogar es estudiante de tiempo completo

Liste a todo **estudiante de tiempo completo**, incluyendo niños/as, que vivirán en el hogar cuando usted reciba asistencia con la renta.

NOMBRE COMPLETO	NOMBRE DE LA ESCUELA	DOMICILIO DE LA ESCUELA	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA ESCUELA	GRADO / CURSO DE ESTUDIO
1.				
2.				
3.				

Use otra hoja de papel para listar estudiantes adicionales.

INFORMACIÓN DE INGRESOS						<input type="checkbox"/> Nadie en el hogar trabaja tiempo completo o medio tiempo
INFORMACIÓN DE EMPLEO: Liste todo el empleo de medio tiempo o de tiempo completo de todos los miembros del hogar (incluyendo: trabajo por su cuenta, niño/a o reservas militares, etc.)						
MIEMBRO DE LA FAMILIA	NOMBRE Y DOMICILIO DEL EMPLEADOR	NÚM. DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	FECHA DE INICIO	TARIFA/HORA	HORAS/SEMANA	SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA
				\$		
				\$		
				\$		

Use otra hoja de papel para listar empleo adicional.

OTROS INGRESOS: ¿Alguna persona, incluyendo a niños/as, recibe o espera recibir dinero de cualquier fuente listada abajo? Marque "Sí" o "No" para cada artículo. Si contesta Sí, liste quién y la cantidad recibida mensualmente.						
ARTÍCULO	Sí	No	NOMBRE Y DOMICILIO DE LA FUENTE	CANTIDAD MENSUAL	SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA	
Estampillas para Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
TANF/Asistencia en Efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
SSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de Pensión:	\$		
Compensación a los Trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Compensación de Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Compensación por Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Niño/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Manutención Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficiario/a: Estado:	Nombre del/la Niño/a: Orden de la Corte #:		\$
Manutención Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficiario/a: Estado:	Nombre del/la Niño/a: Orden de la Corte #:		\$
Pensión Alimenticia/ Pensión Conyugal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficiario/a: Estado:	Nombre del/la Niño/a: Orden de la Corte #:		\$
Otorgamientos Educativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Becas Educativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Empleo Estudiantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Apoyo Financiero de la Familia o los Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Prestación de Cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Fuerzas Armadas/Reservas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Ingresos de Propiedad de Alquiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		

INFORMACIÓN DE ACTIVOS/BIENES **Nadie en el hogar tiene activos/bienes**

Liste **todas** las Cuentas Bancarias, Cuentas de Planes de Jubilación: incluyendo Planes 401, 403,457, IRA o Keogh, Planes de Compensación Diferida, acciones, bonos, valores, certificados de depósito, acciones en uniones de crédito, Bonos de Ahorros, o cualquier posesión que se mantenga con propósitos de inversión, etc.

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NOMBRE Y DOMICILIO (BANCO, CORREDOR, ETC.)	TIPO DE CUENTA	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚM. DE CUENTA	SALDO/ VALOR	INTERÉS ANTICIPADO	SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA
		<input type="checkbox"/> Cheques		\$	\$	
		<input type="checkbox"/> Cheques		\$	\$	
		<input type="checkbox"/> Cheques		\$	\$	
		<input type="checkbox"/> Ahorros		\$	\$	
		<input type="checkbox"/> Ahorros		\$	\$	
		<input type="checkbox"/> Ahorros		\$	\$	
		<input type="checkbox"/> Otra		\$	\$	

BIENES RAÍCES: **Nadie en el hogar posee cualquier bien raíz**

Provea información sobre cualquier bien raíz (terrenos y/o edificio) que posea actualmente **cualquier** miembro del hogar.

MIEMBRO DE LA FAMILIA	DOMICILIO COMPLETO DEL BIEN RAÍZ	VALOR TASADO	SALDO HIPOTECARIO	TITULAR HIPOTECARIO

Nombre y Domicilio del Titular Hipotecario:

ENAJENACIÓN DE ACTIVOS/BIENES: Durante los últimos dos (2) años, ¿cualquier miembro del hogar se ha desecho de, transferido o de otra forma regalado cualquier activo/bien? No Sí

¿Fueron regalados por menos de lo que valían? No Sí

Si usted contestó Sí, a cualquiera de las preguntas, por favor complete lo siguiente:

DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS/BIENES	VALOR EN EFECTIVO*	CANTIDAD RECIBIDA	FECHA EN LA QUE SE DESECHÓ
	\$	\$	
	\$	\$	

*VALOR EN EFECTIVO es el valor del mercado del activo/bien menos los costos razonables incurridos para vender o convertir el activo/bien en efectivo. Dichos costos razonables incluyen: Multas por retirar fondos antes de su vencimiento; Cuotas legales/de corredores para la venta o conversión de activos/bienes, costos de liquidación en transacciones de bienes raíces.

INFORMACIÓN DE GASTOS **Nadie en el hogar tiene gastos de cuidado infantil**

GASTOS DE CUIDADO INFANTIL: Liste sólo aquellos gastos por niños/as de 12 años de edad y menores, que le permitan a usted o a otro miembro del hogar trabajar o asistir a la escuela. Liste sólo aquellos gastos que usted paga de su bolsillo.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL				POR SEMANA	SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA
Nombre	Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal	# de Teléfono	\$	
Nombre	Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal	# de Teléfono	\$	
Razón del gasto de cuidado infantil:					

GASTOS MÉDICOS: **No Es Aplicable—Inelegible o no hay gastos**

Complete esta sección si el/la **jefe/a del hogar** o su **cónyuge** tiene **62 años de edad ó más, está discapacitado/a** o es **minusválido/a**. Liste sólo los gastos que usted paga de su bolsillo. Marque "Sí" o "No" en cada artículo. Se usará la Publicación 502 *Gastos Médicos y Dentales* del IRS más actualizada, para determinar los costos que califican como gastos médicos. Los artículos a continuación son unos cuantos ejemplos de los gastos médicos permisibles de acuerdo a la Publicación 502 del IRS.

ARTÍCULO	Sí No	NOMBRE Y DOMICILIO DE A QUIÉN LE PAGA USTED	CANTIDAD	SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA
Seguro de Salud	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Medicamentos de Prescripción e Insulina (no medicamentos sin prescripción)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Doctores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Dentistas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Dentaduras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Anteojos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Aparatos Auditivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Cirugía necesaria y procedimientos médicos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Servicios de instalaciones médicas, hospitalización, cuidado a largo plazo, y servicios de enfermería en el hogar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Gastos para discapacitados/persona proporcionando cuidado que le permitan trabajar al miembro de la familia (incluyendo al miembro discapacitado de la familia)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre y Domicilio Completo de la Persona Proveyendo el Cuidado	\$	
Aparatos auxiliares que permitirían a la persona discapacitada trabajar, tales como sillas de ruedas, andaderas, escúteres, rampas o equipo especial para ciegos, equipo agregado a autos y camionetas para permitir su uso por un miembro de la familia con una discapacidad, o animales de servicio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aparato, Nombre y Domicilio del Sitio de la Compra	\$	
Otro: (Gastos médicos de la Publicación 502 más reciente del IRS):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Otro: (Gastos médicos de la Publicación 502 más reciente del IRS):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	

SÓLO SOLICITANTES DEL PROGRAMA DE VIVIENDA PÚBLICA - Referencias del Arrendador

Liste por lo menos a tres (3) de sus arrendadores más recientes durante los últimos cinco (5) años y provea su domicilio postal completo.

NOMBRE DEL ARRENDADOR	DOMICILIO DE LA UNIDAD EN RENTA	DOMICILIO COMPLETO DEL ARRENDADOR	# DE TELÉFONO Y # DE FAX DEL ARRENDADOR	RENTA MENSUAL \$	FECHAS EN LAS QUE USTED VIVIÓ AHÍ DE: A: Y RAZÓN POR LA QUE SE MUDÓ
Arrendador Actual:					
Arrendador Previo:					
Arrendador Previo:					



Certificación del/la Solicitante / Inquilino/a Ciudad de Chandler

Proporcionando Información Verdadera y Completa

Yo certifico que toda la información proporcionada sobre la composición del hogar, los ingresos, los bienes y artículos familiares para subsidios y deducciones, es precisa y completa de acuerdo a mi mejor conocimiento. Yo he revisado la forma de solicitud y la Forma 50058 de HUD y certifico que la información mostrada es verdadera y correcta.

Reportando Cambios en los Ingresos o en la Composición del Hogar

Yo sé que se requiere que yo reporte por escrito dentro de los diez (10) días de que ocurra cualquier cambio en los ingresos y cualquier cambio en el tamaño del hogar, cuando una persona se mude a la unidad o fuera de la unidad. Yo entiendo las reglas con respecto a los invitados/visitantes y cuándo debo reportar a cualquier persona que se esté quedando conmigo.

Reportando la Asistencia Previa para la Vivienda

Yo certifico que he revelado cuándo he recibido cualquier asistencia federal previa para la vivienda y si se adeuda dinero o no. Yo certifico que en esta asistencia previa yo no cometí fraude alguno, ni tergiversé a sabiendas cualquier información, ni desocupé la unidad en violación al contrato de arrendamiento.

Sin Duplicidad en Residencia o Asistencia

Yo certifico que la casa o el apartamento será mi principal residencia y que yo no obtendré doble asistencia federal para la vivienda mientras esté en este programa actual. Yo no viviré en cualquier otro lugar sin notificármelo por escrito de inmediato a la Autoridad de Vivienda. Yo no subarrendaré mi residencia con asistencia.

Cooperación

Yo sé que se requiere que yo coopere proporcionando toda la información necesaria para determinar la elegibilidad, el nivel de beneficios, o verificar mis verdaderas circunstancias. La cooperación incluye asistir a reuniones preprogramadas y completar y firmar las formas necesarias. Yo entiendo que el fallar en o rehusarme a hacerlo puede resultar en retrasos, terminación de la asistencia, o desalojamiento.

Acciones Penales y Administrativas por Información Falsa

Yo entiendo que proveer a sabiendas información falsa, incompleta o inexacta es castigable bajo la ley penal federal o estatal. Yo entiendo que proveer a sabiendas información falsa, incompleta, o inexacta es motivo para la terminación de la asistencia para la vivienda o la terminación del inquilinato.

¡ADVERTENCIA! LA SECCIÓN 1001 DEL TITULO 18, DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE CUANDO A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE HACE DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Yo, por medio de la presente, juro y doy fe de que toda la información previa sobre mi hogar y sobre mí es verdadera y correcta. Yo también entiendo que todos los cambios en los miembros o ingresos del hogar deben ser reportados a la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Chandler POR ESCRITO DENTRO DE DIEZ DÍAS LABORALES y que sólo las personas listadas en esta declaración, cuando sean aprobadas por la Agencia de Vivienda pueden residir en la unidad que está siendo subsidiada.

Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de Arizona que la información contenida en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.

_____	_____	_____	_____
Firma del/la Jefe/a del Hogar	Fecha	Firma de Otro Adulto	Fecha
_____	_____	_____	_____
Firma de Otro Adulto	Fecha	Firma de Otro Adulto	Fecha

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Regrésese a:

Domicilio Postal
Mail Stop 101, P.O. Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler
chandleraz.gov/affordablehousing
480-782-3200 | Fax 480-782-3220

Ubicación de la Oficina
235 S. Arizona Ave.
Chandler, AZ 85225



El Servicio de Relevos de Arizona provee acceso telefónico gratuito las 24 horas a personas sordas, con problemas auditivos, sordas y ciegas, y a aquellas con discapacidades del oído o del habla. 7-1-1 (TTY) * 7-1-1 (Voz)
TTY en inglés 1-800-367-8939 | en español 1-800-842-2088



COMPLEMENTO PARA LA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Esta forma se debe proveer a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u Organización Opcional de Contacto: Por ley, usted tiene el derecho de incluir como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, domicilio, número de teléfono, y otra información relevante de un miembro de la familia, amigo, u organización social, de salud, de abogacía, o de otra índole. Esta información de contacto tiene el propósito de identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier problema que pudiese surgir durante su inquilinato o que pueda ayudar a proveer cualquier servicio o atención especial que usted pudiese requerir. **Usted puede actualizar, remover, o cambiar la información que provea en esta forma en cualquier momento.** No se requiere que usted provea esta información de contacto, pero si elige hacerlo, por favor incluya la información relevante en esta forma.

Nombre del/la Solicitante:	
Domicilio Postal:	
Núm. de Teléfono:	Núm. de Teléfono Celular:
Nombre de la Persona u Organización Adicional de Contacto:	
Domicilio:	
Núm. de Teléfono:	Núm. de Teléfono Celular:
Domicilio Electrónico (si es aplicable):	
Relación con el/la Solicitante:	
Razón por el Contacto: (Marque todo lo que sea aplicable)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No nos podemos comunicar con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del alquiler
<input type="checkbox"/> Terminación de la asistencia con la renta	<input type="checkbox"/> Cambio a las reglas de casa
<input type="checkbox"/> Desalojamiento de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso del Propietario o de la Autoridad de la Vivienda: Si a usted se la aprueba para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de inquilino/a. Si surgen problemas durante su inquilinato o si usted requiere cualquier servicio o atención especial, nosotros nos podemos comunicar con la persona u organización que usted incluyó para que le asista a resolver los problemas o para que le provea a usted cualquier servicio o atención especial.	
Declaración de Confidencialidad: La información proporcionada en esta forma es confidencial y no será liberada a cualquier persona salvo como sea permitido por el/la solicitante o la ley aplicable.	
Notificación Legal: La Sección 644 del Decreto de Desarrollo de Vivienda y Comunitario de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) requiere que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proveer información relacionada con una persona u organización adicional de contacto. Al aceptar la solicitud del/la solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requerimientos de oportunidades equitativas y no discriminación de la sección 5.105 del código 24 CFR, incluyendo las prohibiciones a la discriminación en la admisión o participación en programas de vivienda con asistencia federal debido a raza, color, religión, origen nacional, género/sexo, discapacidad, y estado familiar bajo el Decreto de Vivienda Justa, y la prohibición de discriminación debido a edad bajo el Decreto de Discriminación por Edad de 1975.	

Marque esta casilla si elige no proveer información de contacto.

--	--

Firma del/la Solicitante

Fecha

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Los requerimientos de recopilación de información contenidos en esta forma fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés) bajo el Decreto de Reducción del Papeleo de 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). Se calcula que la carga pública del reportaje es de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de la información existente, recopilar y conservar la información necesaria, y completar y revisar la recopilación de la información. La Sección 644 del Decreto de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (42 U.S.C. 13604) impuso en HUD la obligación de requerir que los proveedores de vivienda participando en los programas de vivienda con asistencia de HUD provean a cualquier persona o familia solicitando la ocupación de una vivienda con asistencia de HUD la opción de incluir en la solicitud para la ocupación el nombre, domicilio, número de teléfono, y otra información relevante de un miembro de la familia, amigo, o persona asociada con una organización social, de salud, de abogacía o similar. El objetivo de proveer dicha información es facilitar el contacto por parte del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el/la inquilino/a para que ayude a proveer cualquier entrega de servicios o atención especial al/la inquilino/a y ayudar a resolver cualquier problema de alquiler que surja durante el inquilinato de dicho/a inquilino/a. La información de esta solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda en forma confidencial. Proveer la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia de HUD y es un acto voluntario. Apoya los requerimientos estatutarios y los controles de administración y del programa que previenen fraude, derroche y mala administración. En conformidad con el Decreto de Reducción de Papeleo, una agencia no puede conducir ni patrocinar, y no se requerirá que una persona responda a, una recopilación de información, a menos que la recopilación muestre un número válido de control de OMB.

Declaración de Privacidad: La Ley Pública 102-550, autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos "HUD" para que recopile toda la información (salvo por el número de Seguro Social "SSN"), que será usada por HUD para proteger los datos de desembolso contra acciones fraudulentas. Forma HUD- 92006 (05/09)

ESTA PÁGINA FUE DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente yo doy mi permiso a la División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler para que obtenga información independiente sobre mí y mi familia con el propósito de determinar la elegibilidad, el nivel apropiado de beneficios de vivienda y la idoneidad bajo los programas de vivienda con asistencia del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos. Específicamente, yo autorizo la liberación de la información de:

- Bancos y Otras Instituciones Financieras
- Oficinas de Crédito
- Cortes/Tribunales
- Empleadores Actuales y Previos
- Arrendadores Actuales y Previos
- Instalaciones de Tratamiento para el Uso de Drogas y/o Alcohol (limitado a instalaciones que tengan motivos razonables para creer que el/la solicitante está actualmente involucrado/a en el uso ilegal de sustancias controladas)
- Composición de la Familia
- Agencias Federales, Estatales, Tribales o Locales de Beneficios, de Bienestar Social, y Otras Agencias de Servicios Sociales
- Identidad y Estado Civil
- Proveedores Médicos
- Centro Nacional de Información Criminal, Departamentos de Policía, y Otras Agencias del Cumplimiento de la Ley
- Proveedores de: Pensión Alimenticia, Cuidado Infantil, Manutención Infantil, Asistencia para Discapacitados y Atención Médica
- Escuelas y Colegios/Universidades
- Administración del Seguro Social de los Estados Unidos
- Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos
- Empresas de Servicios Públicos
- Otros: Enterprise Income Verification (EIV), The Work Number y Verify Today.com

Yo acuerdo a que la División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler puede usar fotocopias de esta autorización para acompañar sus solicitudes de información. Yo entiendo que la División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler está solicitando documentos para verificar la elegibilidad, el nivel de beneficios y la idoneidad bajo los programas de vivienda con asistencia de HUD, incluyendo fuentes de ingresos y activos, salarios y solicitudes de desempleo, información de la declaración de impuestos, identificación y composición del hogar, historial de vivienda. La División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler reconoce la responsabilidad en la medida estipulada por la ley para proteger la información que recibe al determinar la elegibilidad del/la solicitante/participante para la asistencia con la vivienda. Esta forma es válida durante quince (15) meses a partir de la fecha de la firma del/la solicitante/participante.

_____	_____	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nombre en Letra de Molde	Firma del/la Jefe/a del Hogar	Fecha	Número de Seguro Social
_____	_____	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nombre en Letra de Molde	Firma de Otro Adulto	Fecha	Número de Seguro Social
_____	_____	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nombre en Letra de Molde	Firma de Otro Adulto	Fecha	Número de Seguro Social
_____	_____	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nombre en Letra de Molde	Firma de Otro Adulto	Fecha	Número de Seguro Social

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Regrésese a:

Domicilio Postal
Mail Stop 101, P.O. Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler
chandleraz.gov/affordablehousing
480-782-3200 | Fax 480-782-3220

Ubicación de la Oficina
235 S. Arizona Ave.
Chandler, AZ 85225

El Servicio de Relevo de Arizona provee acceso telefónico gratuito las 24 horas a personas sordas, con problemas auditivos, sordas y ciegas, y a aquellas con discapacidades del oído o del habla. 7-1-1 (TTY) * 7-1-1 (Voz)



TTY en inglés 1-800-367-8939 | en español 1-800-842-2088



ESTA PÁGINA FUE DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

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 V
ivienda Pública y para
Comunidades Indígenas

OMB CONTROL NUMBER 2577-0295
EXPIRATION DATE 1/31/2025

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.)

City of Chandler
Housing and Redevelopment Division
Po Box 4008, Mail Stop 101
Chandler, AZ 85244

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(I)(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.



Departamento de Vivienda y Desarrollo
Urbano de los Estados Unidos
Oficina de Vivienda Pública e Indígena



Proyecto de Mejoramiento de la Integridad
de la Vivienda en Arrendamiento

Lo que Usted Debe Saber Sobre el Sistema EIV

Una Guía para Solicitantes e Inquilinos de Programas de Vivienda Pública y la Sección 8

¿Qué es el sistema EIV?

El sistema de verificación de ingresos Enterprise Income Verification (EIV) es un sistema computarizado basado en la web que contiene información de empleo e ingresos de las personas que participan en programas de asistencia con la renta de HUD. Se requiere que todas las Agencias de Vivienda Pública (PHAs por sus siglas en inglés) usen el sistema EIV de HUD.

¿Qué información se encuentra en el sistema EIV y de dónde proviene?

HUD obtiene información acerca de usted de su agencia PHA local, de la Administración del Seguro Social “SSA” y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos “HHS”.

HHS provee a HUD información salarial y de empleo como es reportada por los empleadores; e información de compensación por desempleo como es reportada por la Agencia Estatal de la Fuerza Laboral “SWA”.

La administración SSA le provee a HUD información sobre muertes, ingresos del Seguro Social “SS” e Ingresos Suplementarios de Seguridad “SSI”.

¿Para qué se usa la información del sistema EIV?

Principalmente, la información la usan las agencias PHA (y agentes administrativos contratados por las agencias PHA) para los siguientes propósitos:

1. Confirmar su nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social con la administración SSA.
2. Verificar sus fuentes de ingresos y cantidades reportadas.
3. Confirmar su participación en sólo un programa de asistencia con la renta de HUD.
4. Confirmar si usted tiene alguna deuda pendiente con cualquier agencia PHA.
5. Confirmar cualquier estatus negativo si usted se mudó de una unidad subsidiada (previamente) bajo el programa de Vivienda Pública ó de la Sección 8.
6. Darle seguimiento con usted, con otros miembros adultos del hogar, o con su contacto listado de emergencia con respecto a miembros del hogar que hayan fallecido.

El sistema EIV enviará una alerta a su agencia PHA si usted o alguien en su hogar ha usado un número de Seguro Social falso, si no reportó la información de ingresos en forma completa y precisa, o si está recibiendo asistencia con la renta en otro domicilio. ***¡Recuerde que usted puede recibir asistencia con la renta en sólo un hogar!***

El sistema EIV también alertará a las agencias PHA si usted tiene alguna deuda pendiente con cualquier agencia PHA (en cualquier estado o territorio de los Estados Unidos) y sobre cualquier estatus negativo cuando usted se haya mudado voluntaria o involuntariamente de una unidad subvencionada bajo el programa de Vivienda Pública ó de la Sección 8. Esta información se usa para determinar su elegibilidad a la asistencia con la renta en el momento de la solicitud.

La información en el sistema EIV también la usa HUD, la Oficina del Inspector General “OIG” de HUD, y auditores, a fin de asegurar que su familia y las agencias PHA cumplan con las reglas de HUD.

En general, el propósito del sistema EIV es el de identificar y prevenir el fraude dentro de los programas de asistencia con la renta de HUD, para que los limitados fondos de los contribuyentes de impuestos puedan ayudar a tantas familias elegibles como sea posible. El sistema EIV ayudará a mejorar la integridad de los programas de asistencia con la renta de HUD.

¿Se requiere mi consentimiento para obtener la información relacionada conmigo?

Sí. Se requiere su consentimiento para que HUD o la agencia PHA obtenga información sobre usted. Por ley, se requiere que usted firme una o más formas de consentimiento. Cuando usted firma una forma de HUD-9886 (*Aviso Sobre el Decreto Federal de Confidencialidad y Autorización para Liberar Información*) o una forma de consentimiento de la agencia PHA (que cumpla con los estándares de HUD), le está dando a HUD y a la agencia PHA su consentimiento para que obtengan información sobre usted a fin de determinar su elegibilidad y la cantidad de la asistencia con la renta. La información recopilada sobre usted sólo será usada para determinar su elegibilidad al programa, a menos que usted dé su consentimiento por escrito para autorizar usos adicionales de la información por parte de la agencia PHA.

Nota: Si usted o cualquiera de los miembros adultos de su hogar se niegan a firmar una forma de consentimiento, se puede denegar su solicitud inicial o continua de asistencia. También se puede dar por terminada su participación en el programa de asistencia con la renta de HUD.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Como inquilino (participante) de un programa de asistencia con la renta de HUD, usted y cada miembro adulto del hogar deben revelar información completa y precisa a la agencia PHA, incluyendo nombre completo, número de Seguro Social y fecha de nacimiento; información de ingresos; y certificar que la información que esté reportando con respecto a la composición (miembros del hogar) de su hogar, sus ingresos y gastos es fidedigna de acuerdo a su conocimiento.

Recuerde que usted le debe notificar a su agencia PHA si algún miembro de hogar fallece o se muda. Usted también debe obtener la aprobación de la agencia PHA para permitir que miembros adicionales de la familia o amigos se muden a su hogar **antes** de que lo hagan.

¿Cuáles son las sanciones por proporcionar información falsa?

Proporcionar deliberadamente información falsa, inexacta, o incompleta es **FRAUDE** y es un **CRIMEN**.

Si usted comete fraude, usted y su familia pueden verse sujetos a cualquiera de las siguientes sanciones:

1. Desalojamiento
2. Terminación de la asistencia
3. Reembolso de la renta que usted debería haber pagado si hubiese reportado sus ingresos correctamente
4. Prohibición para recibir asistencia con la renta en el futuro durante un período de hasta 10 años
5. Procesamiento por el fiscal federal, estatal o local, que puede resultar en una multa de hasta \$10,000 y/o servir tiempo en la cárcel.

Protéjase siguiendo los requerimientos de reportaje de HUD. Cuando llene solicitudes y reevaluaciones, usted debe incluir todas las fuentes de ingresos que reciban usted o cualquier miembro de su hogar.

Si tiene usted cualquier pregunta con respecto a si algún dinero recibido se debe contar como ingresos, o cómo se determina su renta, **pregúntele a su agencia PHA**. Cuando ocurran cambios en los ingresos de su hogar, **comuníquese con su agencia PHA de inmediato** para determinar si esto afectará su asistencia con la renta.

¿Qué hago si la información del sistema EIV es incorrecta?

En ocasiones, la fuente de información del sistema EIV puede cometer un error al enviar o reportar información acerca de usted. Si usted no está de acuerdo con la información del sistema EIV, infórmese a su agencia PHA.

Si es necesario, su agencia PHA se pondrá en contacto directamente con la fuente de la información para verificar la información de ingresos que está siendo disputada. A continuación están los procedimientos que usted y la agencia PHA deben seguir con respecto a información incorrecta en el sistema EIV.

La información sobre dinero adeudado a agencias PHA y de terminación reportadas en el sistema EIV se origina de la agencia PHA que le proporcionó asistencia previamente. Si usted disputa esta información, comuníquese con la agencia PHA previa directamente por escrito para disputar esta información y proveer cualquier documentación que apoye su disputa. Si la agencia PHA determina que la información disputada es incorrecta, la agencia PHA actualizará o eliminará el registro del sistema EIV.

La información de empleo y salarial reportada en el sistema EIV se origina del empleador. Si usted disputa esta información, comuníquese con el empleador por escrito para establecer la disputa y solicitar la corrección de la información de empleo y/o salarial disputada. Provea a su agencia PHA una copia de la carta que le envíe a su empleador. Si usted no se puede comunicar con el empleador para corregir la información, debe contactar a la agencia SWA para pedir asistencia.

La información de beneficios de desempleo reportada en el sistema EIV se origina de la agencia SWA. Si usted disputa esta información, comuníquese con la agencia SWA por escrito para establecer la disputa y solicitar la corrección de la información de beneficios de desempleo disputada. Provea a su agencia PHA una copia de la carta que le envíe a la agencia SWA.

La información de beneficios de muerte, SS y SSI reportada en el sistema EIV se origina de la administración SSA. Si usted disputa esta información, comuníquese con la agencia SSA llamando al 1-800-772-1213, ó visite su sitio Web: www.socialsecurity.gov. Usted puede necesitar visitar su oficina local de la administración SSA para que se corrija la información de muerte que esté siendo disputada.

Verificación adicional. La agencia PHA, con su consentimiento, puede presentar una forma de verificación de terceros al proveedor (o reportador) de sus ingresos para que la llene y la presente a la agencia PHA.

Usted también puede proporcionarle a la agencia PHA documentos de terceros (ejem.: talones de pago, cartas de otorgamiento de beneficios, estados de cuenta bancarios, etc.) que usted pueda tener en su posesión.

Robo de identidad. Información desconocida en el sistema EIV puede ser una señal de robo de identidad. En ocasiones, alguien más puede usar su número de Seguro Social, ya sea a propósito o accidentalmente. Por lo tanto, si usted sospecha que alguien está usando su número de Seguro Social, debe revisar sus registros del Seguro Social para asegurar que sus ingresos estén siendo calculados correctamente (llame a la administración SSA al 1-800-772-1213); registre una denuncia de robo de identidad con su departamento local de policía ó con la Comisión Federal de Comercio (llame a la comisión FTC al 1-877-438-4338, ó visite su sitio Web: <http://www.ftc.gov>). Provea a su agencia PHA una copia de su denuncia de robo de identidad.

¿Dónde puedo obtener más información sobre el sistema EIV y el proceso de verificación de ingresos?

Su agencia PHA puede proveerle información adicional sobre el sistema EIV y el proceso de verificación de ingresos. Usted también puede leer más sobre el sistema EIV y el proceso de verificación de ingresos en las páginas web de Vivienda Pública e Indígena EIV de HUD: <http://www.hud.gov/offices/pih/programs/ph/rhiip/uiv.cfm>.

La información en esta Guía se refiere a los solicitantes y participantes (inquilinos) de los siguientes programas de asistencia con la renta de HUD-PIH:

1. Vivienda Pública (24 CFR 960); y
2. Vale de Elección de Vivienda de la Sección 8 (VHC), (24 CFR 982); y
3. Rehabilitación Moderada Bajo la Sección 8 (24 CFR 882); y
4. Vale Basado en el Proyecto (24 CFR 983)

Mi firma a continuación es la confirmación de que he recibido esta guía.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

ESTA PÁGINA FUE DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos

Oficina de Vivienda Pública e Indígena

ADEUDOS A AGENCIAS DE VIVIENDA PÚBLICA Y TERMINACIONES

Aviso de Reducción de Papeleo: Se calcula que la carga de reportaje público para esta recopilación de información se toma en promedio 7 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para que los respondientes lean el documento y lo certifiquen, así como cualquier carga de administración de archivos. Esta información se usará en el procesamiento de inquilinato. La respuesta a esta solicitud de información es requerida para recibir los beneficios. La agencia no puede recabar esta información, y no se requiere que usted llene esta forma, a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). El Número OMB es 2577-0266, y expira el 31 de octubre de 2019.

AVISO A LOS SOLICITANTES Y PARTICIPANTES DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE AYUDA CON LA RENTA DE HUD:

- Vivienda Pública (24 CFR 960)
- Programa de Vales de Elección de Vivienda de la Sección 8, incluyendo al Programa de Asistencia para la Vivienda en Casos de Desastre (24 CFR 982)
- Rehabilitación Moderada Bajo la Sección 8 (24 CFR 882)
- Programa de Vales Basados en el Proyecto (24 CFR 983)

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos mantiene un repositorio nacional de los adeudos a las Agencias de Vivienda Pública (PHA por sus siglas en inglés) o a los arrendadores bajo la Sección 8, así como información adversa sobre previos participantes quienes, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, han dado por terminada su participación en uno de los programas de asistencia con la renta de HUD arriba mencionados. Esta información se mantiene en el sistema de verificación de ingresos Enterprise Income Verification (EIV por sus siglas en inglés) de HUD, el cual es usado por las Agencias de Vivienda Pública (PHAs por sus siglas en inglés) y sus agentes administrativos para verificar la información sobre el empleo y los ingresos de los participantes del programa, así como para reducir los errores administrativos y de pago de la asistencia con la renta. El sistema EIV ha sido diseñado para ayudar a las agencias PHA y a HUD a asegurar que las familias sean elegibles para participar en los programas de asistencia con la renta de HUD y para determinar la cantidad correcta de asistencia con la renta a la cual sea elegible una familia. Se requiere que todas las agencias PHA usen este sistema, en conformidad con las regulaciones de HUD estipuladas en 24 CFR 5.233.

HUD requiere que las agencias PHA, las cuales administran los programas de vivienda de alquiler arriba mencionados, reporten cierta información cuando concluya la participación de usted en uno de los programas de asistencia con la renta de HUD. Este aviso le provee información con respecto a qué información se requiere que la agencia PHA le provea a HUD, quién tendrá acceso a esa información, cómo se usa esa información y cuáles son sus derechos. Se requiere que las agencias PHA les proporcionen este aviso a todos los solicitantes y participantes del programa, y se requiere que usted haga acuse de recibo de este aviso firmando en la página 2. Cada miembro adulto del hogar debe firmar esta forma.

¿Qué información sobre usted y su inquilinato recaba HUD de la agencia PHA?

La siguiente información es recabada sobre cada miembro de su hogar (composición familiar): nombre completo, fecha de nacimiento y número de Seguro Social.

La siguiente información adversa es recabada cuando concluya su participación en el programa de vivienda, ya sea que su mudanza de una unidad en la que reciba asistencia sea de manera voluntaria o involuntaria:

1. Cantidad de cualquier saldo que usted le adeude a la agencia PHA o al arrendador bajo la Sección 8 (hasta \$500,000) y una explicación sobre el saldo adeudado (ejem.: renta sin pagar, renta retroactiva (debido a ingresos y/o a cambios en la composición de la familia no reportados) u otros cargos tales como indemnización por daños, cargos de servicios públicos, etc.); y
2. Si usted ha celebrado o no un convenio de pago por la cantidad que usted le adeuda a la agencia PHA; y
3. Si usted ha cumplido o incumplido con un convenio de pago; y
4. Si la agencia PHA ha obtenido o no un fallo en su contra; y
5. Si usted se ha declarado o no en bancarrota; y
6. La razón o razones negativas de la terminación de su participación o cualquier estatus negativo (ejem.: unidad abandonada, fraude, infracciones al contrato de arrendamiento, actividad criminal, etc.) hasta la fecha de terminación de la participación.

¿Quién tendrá acceso a la información recabada?

Esta información estará disponible a los empleados de HUD, los empleados de la agencia PHA, y los contratistas de HUD y de las agencias PHA.

¿De qué manera se usará esta información?

Las agencias PHA tendrán acceso a esta información durante el periodo de solicitud de asistencia con la renta y la reevaluación del ingreso y la composición familiar de los participantes existentes. Las agencias PHA podrán acceder esta información con el fin de determinar la idoneidad de una familia para recibir asistencia con la renta inicialmente o para continuarla, y para evitar proveer asistencia federal de vivienda limitada a las familias que previamente no han podido cumplir con los requerimientos del programa de HUD. Si la información reportada es correcta, una agencia PHA, sujetándose a las normas de la agencia PHA, puede dar por terminada su asistencia con la renta actual y denegarle su solicitud de asistencia con la renta futura de HUD.

¿Durante cuánto tiempo se conserva la información del adeudo y la terminación en el sistema EIV?

La información sobre el adeudo y la terminación se mantendrá en el sistema EIV durante un periodo de hasta diez (10) años a partir de la fecha de terminación de la participación o tal otro periodo consistente con la Ley del Estado.

¿Cuáles son mis derechos?

En conformidad con el Decreto Federal de Privacidad de 1974, como ha sido enmendado (5 USC 552a) y con las regulaciones de HUD relacionadas con la implementación del Decreto Federal de Privacidad de 1974 (24 CFR Parte 16), usted tiene los siguientes derechos:

1. Tener acceso a los expedientes que HUD mantiene sobre usted, sujeto a la Parte 16 del código 24 CFR.
2. Que se lleve a cabo una evaluación administrativa de la denegación inicial de HUD a su solicitud de acceder los expedientes que HUD mantiene sobre usted.
3. Hacer que la información incorrecta en su expediente sea corregida cuando lo solicite por escrito.
4. Presentar una solicitud de apelación a una determinación inicial adversa a una solicitud de corrección o modificación del expediente dentro de un plazo de 30 días de calendario a partir de la emisión de la denegación por escrito.
5. Hacer que su expediente sea liberado a un tercero después de recibir su solicitud por escrito firmada.

¿Qué hago si disputo la información sobre el adeudo o la terminación que se reportó sobre mí?

Si usted no está de acuerdo con la información reportada, debe comunicarse por escrito con la agencia PHA que reportó la información sobre usted. El nombre, el domicilio, y los números de teléfono de la agencia PHA aparecen en el Reporte de Deudas Adeudadas y Terminación.

Usted tiene el derecho de solicitar y obtener una copia de este reporte de la agencia PHA. Informe a la agencia PHA por qué usted disputa la información y provea toda la documentación que apoye su disputa. Las normas de retención de expedientes de HUD, que se encuentran en las partes 908 y 982 del código 24 CFR, estipulan que la agencia PHA puede destruir sus expedientes tres años después de la fecha en la que termine su participación en el programa. Para asegurar la disponibilidad de sus expedientes, las disputas sobre la información del adeudo original o la terminación se deben hacer dentro de un plazo de tres años de la fecha de terminación de la participación; de lo contrario, se dará por hecho que la información del adeudo y la terminación es correcta. Sólo la agencia PHA que reportó la información adversa sobre usted puede borrarla o corregir su expediente.

El que usted declare bancarrota no resultará en la eliminación de la información sobre el adeudo o la terminación en el sistema EIV de HUD. Sin embargo, si usted incluyó esta deuda en su declaración de bancarrota y/o si esta deuda fue liquidada por el tribunal de bancarrotas, su expediente se actualizará para incluir el indicador de la bancarrota, cuando usted le provea a la agencia PHA la documentación sobre su estado de bancarrota.

La agencia PHA le notificará a usted por escrito las acciones que tome con respecto a su disputa dentro de un plazo de 30 días de haber recibido su disputa por escrito. Si la agencia PHA determina que la información disputada es incorrecta, la agencia PHA actualizará o eliminará el expediente. Si la agencia PHA determina que la información disputada es correcta, la agencia PHA proveerá una explicación de la razón por la cual la información es correcta.

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Este Aviso fue proporcionado por la agencia PHA que se indica a continuación:

City of Chandler Housing and Redevelopment
235 S. Arizona Ave.
Chandler, Arizona 85225
480-782-3200

Por medio de la presente yo reconozco que la agencia PHA me ha proporcionado el *Aviso de Deudas Adeudadas a Agencias PHAs y de Terminación*:

Firma	Fecha
Nombre en Letra de Molde	
Firma	Fecha
Nombre en Letra de Molde	



AUTORIZACIÓN AL SISTEMA IVT PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE INGRESOS AL/LA JEFE/A DEL HOGAR

Propósito:

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD por sus siglas en inglés) ahora requiere que las Agencias de Vivienda Pública (PHA por sus siglas en inglés) usen la Herramienta de Validación de Ingresos (IVT por sus siglas en inglés) para verificar el empleo. A la agencia PHA sólo se le permite liberar la información de ingresos a la persona a la que le pertenece. Esto requeriría una reunión individual con cada miembro adulto del hogar. Con el fin de realizar reuniones conjuntas o de reunirse sólo con el/la Jefe/a del Hogar (HOH por sus siglas en inglés) la agencia PHA necesita que cada miembro adulto del hogar firme una liberación para permitir que la agencia PHA libere la información de sus ingresos al/la jefe/a del hogar.

Liberación:

Al firmar esta forma de consentimiento, usted está autorizando a la agencia PHA para que libere su información de ingresos del sistema IVT al/la jefe/a del hogar de su hogar. Esta información se usa para determinar la elegibilidad de la familia para recibir asistencia con la renta y para ayudar en la determinación del nivel de asistencia que la familia recibirá. Su información se mantiene en forma confidencial y, con su consentimiento, sólo se liberará al/la jefe/a del hogar para su familia con el vale.

Yo autorizo a la agencia PHA para que libere la información de mis ingresos del reporte IVT al/la jefe/a del hogar.

Nombre del/la Jefe/a del Hogar	Firma del/la Jefe/a del Hogar	Fecha
Nombre del/la Miembro Adulto del Hogar	Firma del/la Miembro Adulto del Hogar	Fecha
Nombre del/la Miembro Adulto del Hogar	Firma del/la Miembro Adulto del Hogar	Fecha
Nombre del/la Miembro Adulto del Hogar	Firma del/la Miembro Adulto del Hogar	Fecha
Nombre del/la Miembro Adulto del Hogar	Firma del/la Miembro Adulto del Hogar	Fecha

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Domicilio Postal
Mail Stop 101, P.O. Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler
chandleraz.gov/affordablehousing
480-782-3200 | Fax 480-782-3220

Ubicación de la Oficina
235 S. Arizona Ave.
Chandler, AZ 85225



El Servicio de Relevo de Arizona provee acceso telefónico gratuito las 24 horas a personas sordas, con problemas auditivos, sordas y ciegas, y a aquellas con discapacidades del oído o del habla. 7-1-1 (TTY) * 7-1-1 (Voz)
TTY en inglés 1-800-367-8939 | en español 1-800-842-2088



ESTA PÁGINA FUE DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



AUTORIZACIÓN PARA USAR / LIBERAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

De: **Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler, 235 S. Arizona Ave., Chandler, AZ 85225**

El/la miembro del hogar arriba mencionado ha solicitado, o está recibiendo, asistencia federal con la renta. HUD requiere que nosotros verifiquemos la información usada para determinar la elegibilidad y la renta del/la miembro del hogar.

Nosotros agradecemos su cooperación contestando las preguntas en la/s forma/s de verificación adjunta/s, si es aplicable, y le pedimos que nos devuelva los documentos por medio de **fax al 480-782-3220 ó por correo electrónico, si se indica en la forma de verificación**. El/la miembro del hogar ha dado su consentimiento para la liberación de la información, como se muestra a continuación.

LIBERACIÓN DEL/LA MIEMBRO DEL HOGAR

Yo tengo derecho de revocar esta Autorización, por escrito con el Proveedor mencionado anteriormente, en cualquier momento. La revocación sólo entrará en vigor después de que el Proveedor arriba mencionado la reciba y registre. Cualquier uso o liberación que se lleven a cabo antes de una revocación no se incluye como parte de la revocación.

La información usada o liberada en conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a volver a ser liberada por parte del receptor y ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad del decreto HIPAA. Yo puedo obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor arriba mencionado.

Mi Autorización, o el rehusarme a proveer Autorización/es adicional/es, no afecta mi capacidad para obtener tratamiento del proveedor arriba mencionado.

Yo certifico que soy el/la paciente identificado/a arriba, o que soy custodio legal, agente, representante, o ejecutor del/la paciente, y que eximiré al proveedor arriba mencionado y a sus afiliados y subsidiarias de responsabilidad legal por su cumplimiento con las disposiciones de esta Autorización.

Con mi firma en el presente documento, yo autorizo al proveedor arriba mencionado para que libere mi información de salud protegida, como se identifica, a Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler. Esta autorización expira al finalizar mi participación en los programas de vivienda de la División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler, o en esta fecha, lo que ocurra primero:

_____.

Firma del/la Paciente: _____

Fecha: _____

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Domicilio Postal
Mail Stop 101, P.O. Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler
chandleraz.gov/affordablehousing
480-782-3200 | Fax 480-782-3220

Ubicación de la Oficina
235 S. Arizona Ave.
Chandler, AZ 85225



El Servicio de Relevos de Arizona provee acceso telefónico gratuito las 24 horas a personas sordas, con problemas auditivos, sordas y ciegas, y a aquellas con discapacidades del oído o del habla. 7-1-1 (TTY) * 7-1-1 (Voz)
TTY en inglés 1-800-367-8939 | en español 1-800-842-2088



ESTA PÁGINA FUE DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



**Aviso de los Derechos de Ocupación Bajo el Decreto de Violencia Contra la Mujer
Forma HUD-5380**

**Certificación de Violencia Doméstica, Violencia de Pareja, Agresión Sexual, o Acosamiento,
y Documentación Alternativa, Forma HUD-5382**

Yo he recibido una copia de las Formas de HUD arriba mencionadas.

Domicilio

Firma del/la Jefe/a del Hogar

Fecha

Firma de Otros Miembros de la Familia Mayores de 18 Años de Edad

Fecha

Firma de Otros Miembros de la Familia Mayores de 18 Años de Edad

Fecha

Firma de Otros Miembros de la Familia Mayores de 18 Años de Edad

Fecha

Firma de Otros Miembros de la Familia Mayores de 18 Años de Edad

Fecha

Firma de Otros Miembros de la Familia Mayores de 18 Años de Edad

Fecha

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Domicilio Postal
Mail Stop 101, P.O. Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler
chandleraz.gov/affordablehousing
480-782-3200 | Fax 480-782-3220

Ubicación de la Oficina
235 S. Arizona Ave.
Chandler, AZ 85225



El Servicio de Relevos de Arizona provee acceso telefónico gratuito las 24 horas a personas sordas, con problemas auditivos, sordas y ciegas, y a aquellas con discapacidades del oído o del habla. 7-1-1 (TTY) * 7-1-1 (Voz)
TTY en inglés 1-800-367-8939 | en español 1-800-842-2088



ESTA PÁGINA FUE DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



AVISO DE LOS DERECHOS DE OCUPACIÓN BAJO EL DECRETO DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler

A Todos los Inquilinos y Solicitantes

El Decreto Sobre la Violencia Contra la Mujer (VAWA por sus siglas en inglés) provee protecciones para las víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso. Las protecciones bajo el decreto VAWA no sólo están disponibles para la mujer, sino que están disponibles por igual a todo individuo sin importar su género/sexo, identidad sexual/de género, u orientación sexual. El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD por sus siglas en inglés), es la agencia federal que supervisa que la **vivienda pública o el vale de opción de vivienda** estén en cumplimiento con el decreto VAWA. Este aviso le explica sus derechos bajo el decreto VAWA. Se adjunta a este aviso una forma de certificación aprobada por HUD. Usted puede llenar la forma para mostrar que usted es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso, y que desea ejercer sus derechos bajo el decreto VAWA.

Protecciones para los/las Solicitantes

Si usted califica de otra forma para recibir asistencia bajo **la vivienda pública o el vale de opción de vivienda**, no se le puede denegar la admisión ni se le puede denegar asistencia debido a que usted sea o haya sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso.

Protecciones para los/las Inquilinos/as

Si usted está recibiendo asistencia bajo **la vivienda pública o el vale de opción de vivienda**, no se le puede denegar la asistencia, no se puede dar por terminada su participación, ni se le puede desalojar de su vivienda arrendada debido a que usted sea o haya sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso.

Además, si usted o un individuo afiliado a usted es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso cometido por un miembro de su hogar o cualquier invitado/a, no se le puede denegar asistencia con la renta o sus derechos de ocupación bajo **la vivienda pública o el vale de opción de vivienda**, basándose únicamente en la actividad criminal relacionada directamente con la violencia doméstica, la violencia de pareja, la agresión sexual, o el acoso.

Un individuo afiliado significa su cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, niño o niña, o una persona hacia la cual usted esté actuando en lugar de su padre o madre o custodio (por ejemplo, el individuo afiliado está bajo su cargo, custodia, o control); o cualquier individuo, arrendatario, u ocupante legal viviendo en su hogar.

Removiendo del Hogar al/la Abusador/a o Autor/a del Crimen

La División de Vivienda y Redesarrollo de la Ciudad de Chandler (COCHRD por sus siglas en inglés) puede dividir (bifurcar) su contrato de arrendamiento a fin de desalojar al individuo o dar por terminada la asistencia del individuo (el/la abusador/a o autor/a del crimen) que se haya envuelto en actividad criminal relacionada directamente con la violencia doméstica, la violencia de pareja, la agresión sexual, o el acoso.

Si la división COCHRD opta por desalojar al/la abusador/a o autor/a del crimen, la división COCHRD no puede denegarles los derechos a los inquilinos elegibles a la unidad ni de otra forma castigar al resto de los inquilinos. Si el/la abusador/a o autor/a del crimen desalojado/a era el/la único/a inquilino/a que estableció su elegibilidad para recibir asistencia bajo el programa, la división COCHRD debe permitir que el/la inquilino/a que sea o que haya sido víctima y otros miembros del hogar permanezcan en la unidad durante un periodo de tiempo, para que establezcan su elegibilidad bajo el programa o bajo otro programa de vivienda de HUD cubierto por el decreto VAWA, o para que encuentren una vivienda alterna.

Al remover al/la abusador/a o autor/a del crimen del hogar, la división COCHRD debe seguir los procedimientos federales, estatales, y locales para el desalojamiento. Para dividir un contrato de arrendamiento, la división COCHRD puede, pero no se requiere que lo haga, pedir documentación o certificación de incidencias de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento

Mudándose a Otra Unidad

Su usted lo solicita, la división COCHRD puede permitir que usted se mude a otra unidad, sujeto a la disponibilidad de otras unidades, y que aún conserve su asistencia. Para aprobar la solicitud, la división COCHRD puede pedirle documentación estableciendo que usted está solicitando mudarse debido a una incidencia de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento. Si su solicitud es una solicitud de transferencia de emergencia, el proveedor de la vivienda le puede pedir que presente una solicitud por escrito o que llene una forma en la cual usted certifica que cumple con el criterio para una transferencia de emergencia bajo el decreto VAWA. El criterio es:

- 1. Usted es una víctima de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, o acechamiento.** Si la división COCHRD aún no tiene la documentación que establece que usted es una víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento, la división COCHRD puede pedirle a usted tal documentación, como se describe en la sección de documentación abajo.
- 2. Usted solicita expresamente la transferencia de emergencia.** La división COCHRD puede elegir requerir que usted presente una forma, o puede aceptar otra solicitud verbal o por escrito.
- 3. Usted razonablemente cree que se ve amenazado/a con daño inminente debido a más violencia si usted permanece en su unidad actual.** Esto significa que usted tiene razón por la cual temer el que si no recibe una transferencia, usted podría sufrir violencia en un futuro muy cercano.

Ó

- 4. Usted es víctima de agresión sexual y dicha agresión ocurrió en las instalaciones dentro de un periodo de 90 días de calendario antes de su solicitud de transferencia.** Si usted es la víctima de una agresión sexual, entonces, además de calificar para una transferencia de emergencia debido a que usted crea razonablemente que se ve amenazado/a con daño inminente debido a más violencia si usted permanece en su unidad, es posible que usted califique para una transferencia de emergencia si dicha agresión sexual ocurrió en las instalaciones de la propiedad de la cual usted está buscando una transferencia, y dicha agresión ocurrió dentro de un periodo de 90 días de calendario antes de que usted expresamente solicitara la transferencia.

La división COCHRD mantendrá en forma confidencial las solicitudes de transferencias de emergencia de víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento, así como la ubicación de cualquier mudanza por dichas víctimas y sus familias.

El plan de transferencia de emergencia de la división COCHRD provee más información sobre transferencias de emergencia, y la división COCHRD debe poner a su disposición una copia de su plan de transferencia de emergencia si usted pide verlo.

Documentando que Usted Es o Ha Sido Víctima de Violencia Doméstica, Violencia de Pareja, Agresión Sexual, o Acechamiento

La división COCHRD puede, pero no se requiere que lo haga, pedirle a usted que provea documentación para "certificar" que usted es o ha sido una víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento. Dicha petición de la división COCHRD debe hacerse por escrito, y la división COCHRD debe darle a usted por lo menos 14 días laborales (los sábados, domingos y días festivos federales no cuentan) desde la fecha en la que usted reciba su petición para que provea la documentación. La división COCHRD puede, pero no tiene qué hacerlo, extender la fecha límite para la presentación de la documentación si usted se lo solicita.

Usted puede proveerle a la división COCHRD uno de los siguientes como documentación. Usted debe completar la Forma HUD-5380 de lo siguiente, si la división COCHRD le pide a usted que provea documentación estableciendo que usted es o ha sido una víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento.

- Una forma de certificación llena aprobada por HUD que le proporcionó a usted la división COCHRD con este aviso, la cual documente el incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso. La forma le pedirá su nombre, la fecha, la hora, y la ubicación del incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso, y una descripción del incidente. La forma de certificación provee espacio para que incluya el nombre del/la abusador/a o autor/a del crimen si se sabe el nombre del/la abusador/a o autor/a del crimen, y si se puede proveer el mismo con seguridad.
- Un registro de una agencia del cumplimiento de la ley, corte, tribunal, o agencia administrativa local, territorial, tribal, estatal o federal que documente el incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso. Algunos ejemplos de dichos registros incluyen reportes de la policía, órdenes de protección, y órdenes de alejamiento/interdicto, entre otros.
- Una declaración, que usted debe firmar, junto con la firma de un/a empleado/a, agente, o voluntario de un proveedor de servicios para víctimas, de un abogado, de un profesional médico o de un profesional de la salud mental (colectivamente, "profesional") con quien usted haya buscado ayuda para resolver la violencia doméstica, la violencia de pareja, la agresión sexual, o el acoso, o los efectos del abuso, y con el profesional que usted haya elegido testificando bajo pena de perjurio que él o ella creen que el incidente o los incidentes de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso son la base para recibir protección.
- Cualquier otra declaración o evidencia que la división COCHRD haya accedido aceptar.

Si usted falla en o se rehúsa a proveer uno de estos documentos dentro de 14 días laborales, la división COCHRD no tiene qué proveerle a usted las protecciones contenidas en este aviso.

Si la división COCHRD recibe evidencia conflictiva con respecto a que un incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso ha sido cometido (tal como formas de certificación de dos o más miembros de un hogar, en las cuales cada uno declara haber sido la víctima y nombra como el/la abusador/a o autor/a del crimen al otro miembro o a más de los otros miembros del hogar haciendo la petición), la división COCHRD tiene el derecho de pedir que usted provea documentación de un tercero dentro de 30 días de calendario a fin de resolver el conflicto. Si usted falla en o se rehúsa a proveer documentación de un tercero cuando haya evidencia conflictiva, la división COCHRD no tiene qué proveerle a usted las protecciones contenidas en este aviso.

Estatus de Inmigración/Auto-Peticionario (Aviso 2017-02 de PIH)

Un "Auto-Peticionario" es una categoría de personas maltratadas que no son ciudadanas buscando el estatus permanente como residente legal sin la cooperación o el conocimiento de su pariente abusivo. Un "Auto-Peticionario bajo VAWA" es una categoría de personas maltratadas que no son ciudadanas buscando alivio relacionado con el decreto VAWA y otras peticiones o solicitudes relacionadas con el decreto VAWA para el estatus de residente legal permanente.

El Aviso 2017-02 de PIH explica los procedimientos que la división COCHRD debe seguir cuando un solicitante o residente/inquilino solicite admisión o residencia continua como resultado de ser auto-peticionario bajo VAWA.

- A. En conformidad con la Sección 214 del Decreto del Desarrollo de Vivienda y Comunitario de 1980, HUD no puede permitir asistencia financiera a personas no elegibles que no sean ciudadanas, pero la asistencia no debe ser denegada mientras se verifica el estatus de inmigración o cuando esté pendiente la determinación a una apelación en cuanto a un estado de inmigración satisfactorio.
- B. HUD ha determinado que los auto-peticionarios pueden indicar que ellos están en un "estado de inmigración satisfactorio" cuando solicitan asistencia o la continuación de la asistencia de los proveedores de vivienda cubiertos por la Sección 214. "Estatus de inmigración satisfactorio" significa un estatus de inmigración que no hace que la persona sea inelegible para recibir asistencia financiera. Después de verificar dicho estatus de inmigración en el Sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE por sus siglas en inglés) del Departamento de Seguridad Nacional (DHS por sus siglas en inglés), la división COCHRD tomará una determinación final en cuanto a la elegibilidad del auto-peticionario para recibir asistencia.
- C. La división COCHRD no denegará, reducirá, ni dará por terminada la asistencia de un Auto-Peticionario bajo VAWA que declare un "estatus de inmigración satisfactorio". La división COCHRD verificará que el solicitante o

participante sea un auto-peticionario mediante la utilización del sistema SAVE para verificar el estatus de inmigración.

- D. Todas las protecciones otorgadas bajo VAWA son aplicables al auto-peticionario durante el proceso de verificación. No todas las víctimas que no sean ciudadanas que hayan sido sometidas a agresión o a crueldad extrema calificarán bajo estos procedimientos. Para calificar, la víctima que no sea ciudadana debe haber sido maltratada o sometida a crueldad extrema por su cónyuge o padre o madre, quien sea ciudadano/a estadounidense o LPR. La división COCHRD puede recibir una petición en cualquier momento, pero lo más probable es que las presentaciones estarán relacionadas con una solicitud de protección bajo VAWA en conformidad con el código 24 CFR Parte 5 Subparte L (ejem.: con una solicitud de transferencia de emergencia o ruptura familiar resultante de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso).
- E. La división COCHRD seguirá los pasos descritos en el Aviso PIH 2017-02 para completar la verificación.

Confidencialidad

La división COCHRD debe mantener en forma confidencial cualquier información que usted provea relacionada con ejercer sus derechos bajo el decreto VAWA, incluyendo el hecho de que usted esté ejerciendo sus derechos bajo el decreto VAWA.

La división COCHRD no debe permitir que cualquier individuo proporcionando asistencia u otros servicios a nombre de la división COCHRD (por ejemplo, empleados y contratistas) tenga acceso a la información confidencial a menos de que sea por razones que específicamente requieran que dichos individuos tengan acceso a dicha información bajo las leyes locales, estatales o federales aplicables.

La división COCHRD no debe ingresar su información en cualquier base de datos compartida ni revelar su información a cualquier otra entidad o individuo. Sin embargo, la división COCHRD puede revelar la información provista si:

- Usted le da su permiso por escrito a la división COCHRD para que divulgue la información durante un periodo limitado de tiempo.
- La división COCHRD necesita usar la información en un proceso de desalojamiento o terminación, tal como para desalojar a su abusador/a o autor/a del crimen o para dar por terminada la asistencia de su abusador/a o autor/a del crimen bajo este programa.
- Una ley requiere que la división COCHRD o su arrendador divulguen la información.

VAWA no limita el deber de la división COCHRD de respetar las órdenes de la corte (los tribunales) con respecto al acceso o el control de la propiedad. Esto incluye órdenes emitidas para proteger a una víctima y órdenes dividiendo la propiedad entre los miembros del hogar en casos en los cuales se desintegre la familia.

Razones por las Cuales Se Puede Desalojar o Se Puede Dar por Terminada la Asistencia de Un/a Inquilino/a Elegible a los Derechos de Ocupación Bajo el Decreto VAWA

A usted se le puede desalojar y su asistencia puede ser dada por terminada debido a infracciones serias o repetitivas contra el contrato de alquiler que no estén relacionadas con actos de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso cometidos en contra de usted. Sin embargo, la división COCHRD no puede aplicarles a los inquilinos que han sido víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso, un grupo de reglas más exigentes que aquellas que se aplican a los inquilinos que no han sido víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso.

Las protecciones descritas en este aviso pueden no ser aplicables, y usted podría ser desalojado/a y su asistencia podría ser dada por terminada, si la división COCHRD puede demostrar que el no desalojarle o dar por terminada su asistencia podría presentar un verdadero daño físico que:

1. Ocurriría dentro de un periodo de tiempo inmediato, y
2. Podría resultar en la muerte o en un daño corporal serio a otros inquilinos o a aquellos que trabajan en la propiedad.

Si la división COCHRD puede demostrar lo anterior, la división COCHRD sólo debería de dar por terminada su asistencia o desalojarle si no existen otros pasos que podrían tomarse para reducir o eliminar la amenaza.

Otras Leyes

El decreto VAWA no reemplaza cualquier ley local, estatal o federal que provea mayor protección a las víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso. Es posible que usted tenga derecho a protecciones adicionales de vivienda para víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acoso bajo otras leyes federales, así como bajo leyes locales y estatales.

Falta de Cumplimiento con los Requerimientos de Este Aviso

Usted puede reportar infracciones a estos derechos cubiertos por la división COCHRD y buscar asistencia adicional, si la necesita, comunicándose o registrando una queja con Amy Jacobson, Gerente de Vivienda y Redesarrollo o con la oficina local de HUD en Phoenix.

Para Información Adicional

Usted puede ver una copia de las regulaciones finales del decreto VAWA de HUD en <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-11-16/pdf/2016-25888.pdf>. Además, la división COCHRD debe poner a su disposición una copia de las regulaciones del decreto VAWA de HUD si usted pide verlas. Para preguntas relacionadas con el decreto VAWA, por favor comuníquese con su especialista en vivienda.

Para ayuda con respecto a una relación abusiva, usted puede llamar a la Línea Nacional Contra la Violencia Doméstica al 1-800-799-7233, ó para personas con discapacidades auditivas, al 1-800-787-3224 (TTY). Usted también puede llamar al 2-1-1 dentro de Arizona ó visitar <https://211arizona.org/domestic-violence/>

Aquellos inquilinos que son o que han sido víctimas de acoso y que están buscando ayuda, pueden visitar el Centro Nacional de Recursos para Víctimas del Crimen de Acoso <https://www.victimsofcrime.org/our-programs/stalking-resource-center>.

Para ayuda con respecto a la agresión sexual, usted puede llamar al 2-1-1 dentro de Arizona ó visitar <https://211arizona.org/domestic-violence/>.

Las víctimas de acoso buscando ayuda pueden llamar al 2-1-1 dentro de Arizona ó visitar <https://211arizona.org/domestic-violence/>.

Yo he recibido una copia del Aviso con respecto al Decreto Sobre la Violencia Contra la Mujer

NOMBRE DEL/LA SOLICITANTE/INQUILINO/A EN LETRA DE MOLDE: _____

FIRMA DEL/LA SOLICITANTE/INQUILINO/A: _____

FECHA: _____

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

ESTA PÁGINA FUE DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

**CERTIFICACIÓN DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA, VIOLENCIA DE PAREJA
AGRESIÓN SEXUAL, O ACOSAMIENTO
Y DOCUMENTACIÓN ALTERNA**

**Departamento de Vivienda
y Desarrollo Urbano
de los Estados Unidos**

Núm. de Aprobación OMB 2577-0286
Exp. 06/30/2017

Propósito de la Forma: El Decreto Sobre la Violencia Contra la Mujer ("VAWA" por sus siglas en inglés), protege a solicitantes, inquilinos, y participantes del programa en ciertos programas de HUD contra el desalojamiento, la denegación de asistencia con la vivienda, o la terminación de la asistencia con la vivienda basándose en actos de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento en contra de ellos. A pesar del nombre de esta ley, la protección bajo el decreto VAWA está disponible a víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento, sin importar su género/sexo, identidad sexual/de género, u orientación sexual.

Uso de Esta Forma Opcional: Si usted está buscando las protecciones del decreto VAWA de su proveedor de vivienda, su proveedor de vivienda puede darle una solicitud por escrito que le pida que usted presente documentación sobre el incidente o incidentes de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acosamiento.

En respuesta a dicha petición, usted o alguien a su nombre puede completar esta forma opcional y presentarla a su proveedor de vivienda, o usted puede presentar uno de los siguientes tipos de documentación de terceros:

- (1) Un documento firmado por usted y por un empleado, agente o voluntario de un proveedor de servicios para víctimas, un abogado, un profesional médico, o un profesional de la salud mental (colectivamente, "profesional") de quien usted haya solicitado ayuda relacionada con la violencia doméstica, la violencia de pareja, la agresión sexual o el acosamiento, o con los efectos del abuso. El documento debe especificar, bajo pena de perjurio, que el profesional cree que el incidente o los incidentes de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento ocurrió/eron y cumple/n con la definición de "violencia doméstica", "violencia de pareja", "agresión sexual", o "acosamiento" en las regulaciones 24 CFR 5.2003 de HUD.
- (2) Un registro de una agencia del cumplimiento de la ley, de una corte o tribunal, o de una agencia administrativa local, territorial, tribal, estatal o federal; o
- (3) A discreción del proveedor de vivienda, una declaración u otra evidencia proporcionada por el/la solicitante o inquilino/a.

Presentación de la Documentación: El periodo de tiempo para presentar la documentación es de 14 días laborales a partir de la fecha en la que usted reciba una petición por escrito de su proveedor de vivienda pidiéndole que provea documentación del incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento. Su proveedor de vivienda puede, pero no se requiere que lo haga, extender el periodo de tiempo para presentar la documentación, si usted solicita una extensión a dicho periodo de tiempo. Si la información solicitada no es recibida dentro de 14 días laborales a partir del momento en el que usted reciba la solicitud de la documentación, o cualquier extensión a la fecha proporcionada por su proveedor de vivienda, su proveedor de vivienda no necesita concederle a usted cualquiera de las protecciones bajo el decreto VAWA. La distribución o emisión de esta forma no constituye una solicitud de certificación por escrito.

Confidencialidad: Toda la información proporcionada a su proveedor de vivienda con respecto al/los incidente/s de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento deberá mantenerse en forma confidencial y tales detalles no deberán ser ingresados en cualquier base de datos compartida. Los empleados de su proveedor de vivienda no deberán tener acceso a estos detalles a menos que sea para concederle o denegarle a usted las protecciones bajo el decreto VAWA, y dichos empleados no podrán revelar esta información a ninguna otra entidad o individuo, salvo en la medida en que dicha divulgación sea: (i) consentida por usted por escrito para su divulgación durante un tiempo limitado; (ii) requerida para su uso en un proceso de desalojamiento o para una audiencia relacionada con la terminación de la asistencia; o (iii) de otra forma requerida por las leyes aplicables.

A SER COMPLETADA POR O A NOMBRE DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA DE PAREJA, AGRESIÓN SEXUAL, O ACOSAMIENTO

1. Fecha en que la víctima recibió la solicitud por escrito: _____

2. Nombre de la víctima: _____

3. Su nombre (si usted no es la víctima): _____

4. Nombre/s de otro/s miembro/s de la familia listado/s en el contrato de arrendamiento:

5. Residencia de la víctima: _____

6. Nombre del/la autor/a acusado/a (si se sabe y se puede divulgar con seguridad):

7. Relación del/la autor/a acusado/a con la víctima: _____

8. Fecha/s y hora/s del/los incidente/s (si se sabe): _____

10. Ubicación del/los incidente/s: _____

En sus propias palabras, describa brevemente el/los incidente/s:

Esto es para certificar que la información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento y memoria, y que la persona mencionada anteriormente en el Artículo 2 es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento. Yo reconozco que presentar información falsa podría poner en peligro mi elegibilidad al programa y podría ser la base para denegar la admisión, para dar por terminada la asistencia, o para el desalojamiento.

Firma _____ Firmada en (Fecha) _____

NOTA: En el evento de que existan dudas concernientes con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Carga de Divulgación Pública: Se calcula que la carga de divulgación pública para esta recopilación de información se toma en promedio 1 hora por respuesta. Esto incluye el tiempo para recopilar, revisar y reportar los datos. La información provista debe ser utilizada por el proveedor de vivienda para solicitar la certificación que estipule que el/la solicitante o inquilino/a es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual, o acosamiento. La información está sujeta a los requisitos de confidencialidad del decreto VAWA. Esta agencia no puede recopilar esta información, y usted no tiene la obligación de completar esta forma, a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto.



RECIBO

He recibido una copia del formulario titulado:

Folleto de Vivienda Justa de Arizona 2018

"Cosas que debe saber" del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU.

Firma del Arrendatario

Fecha

Dirección

Chandler

Arizona

Ciudad

Estado

Código Postal



November 2004

Things You Should Know

Don't risk your chances for Federally assisted housing by providing false, incomplete, or inaccurate information on your application forms.

Purpose This is to inform you that there is certain information you must provide when applying for assisted housing. There are penalties that apply if you knowingly omit information or give false information.

Penalties For Committing Fraud The United States Department of Housing and Urban Development (HUD) places a high priority on preventing fraud. If your application or recertification forms contain false or incomplete information, you may be:

- Evicted from your apartment or house:
- Required to repay all overpaid rental assistance you received:
- Fined up to \$ 10,000:
- Imprisoned for up to 5 years; and/or
- Prohibited from receiving future assistance.

Your State and local governments may have other laws and penalties as well.

Asking Questions When you meet with the person who is to fill out your application, you should know what is expected of you. If you do not understand something, ask for clarification. That person can answer your question or find out what the answer is.

Completing The Application When you answer application questions, you must include the following information:

- All sources of money you or any member of your household receive (wages, welfare payments, alimony, social security, pension, etc.):
- Any money you receive on behalf of your children (child support, social security for children, etc.);
- Income from assets (interest from a savings account, credit union, or certificate of deposit: dividends from stock, etc.);
- Earnings from second job or part time job;
- Any anticipated income (such as a bonus or pay raise you expect to receive)

Assets • All bank accounts, savings bonds, certificates of deposit, stocks, real estate, etc. that are owned by you and any adult member of your family's household who will be living with you.

- Any business or asset you sold in the last 2 years for less than its full value, such as your home to your children.
 - The names of all of the people (adults and children) who will actually be living with you, whether or not they are related to you.
-

Signing the Application

- Do not sign any form unless you have read it, understand it, and are sure everything is complete and accurate.
 - When you sign the application and certification forms, you are claiming that they are complete to the best of your knowledge and belief. You are committing fraud if you sign a form knowing that it contains false or misleading information.
 - Information you give on your application will be verified by your housing agency. In addition, HUD may do computer matches of the income you report with various Federal, State, or private agencies to verify that it is correct.
-

Recertification's

You must provide updated information at least once a year. Some programs require that you report any changes in income or family/household composition immediately. Be sure to ask when you must recertify. You must report on recertification forms:

- All income changes, such as increases of pay and/or benefits, change or loss of job and/or benefits, etc., for all household members.
 - Any move in or out of a household member; and,
 - All assets that you or your household members own and any assets that was sold in the last 2 years for less than its full value.
-

Beware of Fraud

You should be aware of the following fraud schemes:

- Do not pay any money to file an application;
 - Do not pay any money to move up on the waiting list;
 - Do not pay for anything not covered by your lease;
 - Get a receipt for any money you pay; and,
 - Get a written explanation if you are required to pay for anything other than rent (such as maintenance charges).
-

Reporting Abuse

If you are aware of anyone who has falsified an application, or if anyone tries to persuade you to make false statements, report them to the manager of your complex or your PHA. If that is not possible, then call the local HUD office or the HUD Office of Inspector General (OIG) Hotline at (800) 347-3735. You can also write to:
HUD-OIG HOTLINE, (GFI) 451 Seventh Street, S.W., Washington, DC. 20410.

HUD- 1140-OIG THIS DOCUMENT MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION



Acerca del DEPARTAMENTO DE VIVIENDAS DE ARIZONA

El Departamento de Viviendas de Arizona (ADOH) toma un papel activo en la educación y el entrenamiento de proveedores de viviendas y consumidores de viviendas para asegurar el conocimiento de leyes justas de viviendas. Proveedores de vivienda y consumidores de vivienda que desearían asistir entrenamiento gratuito sobre el Acto de Viviendas Justas y aprender sus responsabilidades y derechos bajo la ley pueden contactar ADOH por 602/771-1000 y pedir para hablar con un Especialista en Viviendas Justas.

Entrenamiento y talleres de viviendas justas son provistos en todo el estado de Arizona. Por lo menos cuatro talleres sobre viviendas son conducidos en cada uno de los 13 condados rurales en Arizona por año con los condados de Pima y Maricopa realizando por lo menos dos talleres por año. La mitad de esos talleres son dirigidos hacia profesionales de viviendas tales como gerentes de sitio, dueños de propiedades, agentes de arrendamientos, prestamistas, y personal de autoridad de viviendas. La otra mitad es dirigida hacia los consumidores de vivienda; no obstante, todas las clases están abiertas a cualquier persona que quiera asistir. Unidades de Educación Continua (CEU) para profesionales de bienes raíces que necesiten llenar este requisito también son provistas.

SI NECESITAS AYUDA

El Southwest Fair Housing Council (SWFHC) (Consejo de Vivienda justa Suroeste) fue establecida en 1986. Es una organización sin fines de lucro y exenta de impuestos basado en Tucson Arizona prestando sus servicios en todo Arizona.

Tucson:

177 North Church St.
Tucson AZ 85701
520-798-1568

888-624-4611 - TOLL FREE
520-670-0233 - TTY

Phoenix:

323 W. Roosevelt St., #1008
Phoenix, AZ 85003
602-252-3423

SI USTED SOSPECHAR DISCRIMINACION

La División de Derechos Civiles de la Oficina del Procurador General de Arizona investiga y resuelve quejas de discriminación de viviendas. Alguien que quisiera registrar una queja debe de contactar uno de los siguientes:

Phoenix:

Arizona Attorney General's Office
Civil Rights Division
2005 North Central Ave.
Phoenix, AZ 85004

602-542-5263 – GENERAL INTAKE LINE
602-542-5002 – TTY
877-491-5742 – TOLL FREE
877-624-8090 – TTY TOLL FREE

Tucson:

Arizona Attorney General's Office
Civil Rights Division
400 W. Congress, #315
Tucson, AZ 85701

520-628-6500 – GENERAL INTAKE LINE
520-628-6872 – TTY
877-491-5740 – TOLL FREE
877-881-7552 – TTY TOLL FREE



Arizona
Department
of Housing

1110 West Washington, Suite 280
Phoenix, AZ 85007
602-771-1000 PHONE 602-771-1001 TTY
www.azhousing.gov



JUSTICIA EN VIVIENDAS

Opportunidad Igual para Todos
No Es Una Opcion...Es la Ley



Arizona
Department
of Housing

LO QUE TODO EL MUNDO DEBE SABER ACERCA DE LA JUSTICIA EN VIVIENDAS

La venta y compra de una casa es uno de los eventos más significativos que un individuo experimentará durante su vida. Es más que una simple compra de una vivienda, porque impacta directamente las esperanzas, los sueños, las aspiraciones y el destino económico de los involucrados. Es por esta razón que el Acto de Justicia en Viviendas y otras leyes federales y estatales fueron promulgados para garantizar el derecho a un mercado de vivienda nacional libre de discriminación basada en raza, color, religión, sexo, incapacidad, estado familiar y origen nacional.

LA LEY

Civil Rights Act of 1866 — The Civil Rights Act of 1866 (El Acto de Derechos Civiles de 1866) prohíbe toda discriminación racial en la venta o alquiler de propiedad.

Acto de Justicia en Viviendas — Con la promulgación del US Acto de Derechos Civiles de 1968, derecho de justicia en viviendas pasó a ser ley federal. Título VIII del Acto, como enmendado por el Congreso en 1988 prohíbe discriminación basada en raza, color, religión, sexo, estado familiar, o origen nacional de los que buscan viviendas.

En Arizona, las leyes de justicia en viviendas son equivalentes a la ley federal. En algunas comunidades, las ordenanzas locales de viviendas hacen ilegal la negación de vivienda basada en la edad, estado matrimonial o orientación sexual. Estas leyes justas de vivienda protegen el derecho de cada buscador de vivienda y proporciona oportunidad igual en la compra, venta, alquiler, arrendamiento, financiación y anuncios de viviendas.

CUALES VIVIENDAS ESTÁN CUBIERTAS

El Acto de Justicia en Viviendas cubre casi todas las viviendas. En algunas circunstancias, el Acto exenta edificios ocupados por el dueño con no más de cuatro unidades, viviendas de una sola familia vendida o alquilada sin el uso de un agente, y viviendas operadas por organizaciones y clubes privados que limitan ocupación a los miembros.

DISCRIMINACIÓN EN VIVIENDAS TODAVÍA EXISTE

A pesar de la amplia escala de oportunidades por toda Arizona, las puertas de casas, apartamentos, casas móviles, y condominios están cerradas para muchas personas por causa de la discriminación ilegal. Quejas para y las pruebas por organizaciones de justicia en viviendas en Arizona indican que la discriminación es una práctica común, frecuentemente no descubierta por los que buscan viviendas que son negados ilegalmente acceso a viviendas. Usted tiene el derecho de esperar que viviendas sean disponibles para si sin discriminación u otra limitación basada en raza, color, religión, sexo, incapacidad, estado familiar, u origen nacional.

SEÑALES DE DISCRIMINACIÓN DE VIVIENDAS

- Rehusar a vender, alquilar o mostrar viviendas disponibles.
- Solamente mostrar viviendas en áreas donde otras minoridades viven.
- Acoso o intimidación.
- Anuncios de viviendas con declaraciones discriminatorias o exhibiendo escenas de grupos sin minoridades.
- Diferentes condiciones para viviendas idénticas.
- Preguntas extensivas previo a ofrecer o fornecer información sobre la disponibilidad de viviendas.
- Siendo informado que la vivienda no es apropiada para su familia.
- Términos de disponibilidad cambian entre su contacto por teléfono y su visita.
- Usted no sea contactado después de la aceptación de su solicitud.
- La casa o el apartamento tiene un aviso de “disponibilidad” pero usted es avisado que no es disponible.
- Rehusando a hacer una acomodación razonable o permitir una modificación para una persona incapacitada.
- Rehusando a financiar la compra de una casa o a extender seguro de propiedad, o la oferta de términos que no sean normales o desfavorables.

SECCIÓN 504

La Sección 504 prohíbe discriminación en la base de incapacidad en cualquier programa o actividad que recibe auxilio financiero de cualquier agencia federal.

Con respecto a viviendas, un proveedor de viviendas no puede:

- Negar o rehusar a vender o alquilar para una persona con una incapacidad.
- Imponer un criterio de solicitud o calificación que sea diferente al que se requiere o es fornecido a personas que no sean incapacitadas.
- Imponer cuotas de alquiler o precios de venta y términos o condiciones de alquiler o venta que sean diferentes de los requeridos de o provistos para personas que no sean incapacitadas.
- Exigir personas incapacitadas a vivir solamente en ciertos pisos.
- Negar a las personas incapacitadas acceso a los servicios de recreo u otro uso público y común.
- Cobrar un depósito de seguro más alto para la persona que use una silla deruedas.

AMERICANS WITH DISABILITIES ACT (ADA) (ACTO DE AMERICANOS CON INCAPACIDADES)

Title II

Cubre las actividades de entidades (gobiernos estatales e locales). Requiere que las entidades públicas hagan accesibles las instalaciones de vivienda, tanto nuevas como ya existentes, a personas con incapacidad. Viviendas cubiertas por el Título II del ADA incluyen, por ejemplo, autoridades de viviendas públicas que llenen la definición de “entidad pública” del ADA y viviendas operadas por los Estados o gobierno local, tal como viviendas en el campus de una universidad estatal.

Title III

Requiere que las áreas públicas y de uso común en urbanizaciones sean accesibles.



CERTIFICACIÓN DE REPORTE DE INGRESOS

Entiendo que estoy obligado a informar a la autoridad de vivienda de Chandler **CUALQUIER cambio** en los ingresos totales del hogar o en los activos que podrían ser, ya sea que dicha mudanza sea de naturaleza permanente o temporal.

Entiendo que debo informar estos cambios **dentro de los diez (10) días hábiles** posteriores al cambio, y el informe debe entregarse a esta oficina **POR ESCRITO** en el "**Formulario de informe de cambio**" correspondiente.

Además, entiendo que el hecho de no informar dichos cambios es motivo para la terminación de mi asistencia de vivienda y la cancelación de mi participación en la vivienda.

Entiendo que el hecho de no informar cualquier ingreso de cualquiera de las fuentes enumeradas podría considerarse fraude y sería motivo de despido inmediato. Tendría que devolver cualquier subsidio pagado en exceso por la autoridad de vivienda en mi nombre.

Entiendo que los ingresos y/o activos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Empleo (Tiempo completo, Tiempo parcial, Temporal, Trabajos ocasionales)
- Trabajo por cuenta propia
- Apoyo familiar
- Cuidado de niños
- Seguridad Social (SS)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (S.S.I.)
- Ayuda por hijos a cargo (A.F.D.C.) o (TANF)
- Asistencia General (G.A)
- T.P.E.P. (Programa de Empleo para Dos Padres)
- Pensiones de jubilación (de veteranos o privadas)
- Ingresos por discapacidad (de seguro u otras fuentes)
- Compensación de Trabajadores
- Beneficios de desempleo (de CUALQUIER estado)
- Pensión alimenticia de manutención de los hijos (o transferencia de DES)
- Contribuciones regulares (de CUALQUIER PERSONA que no viviendo conmigo)
- Intereses devengados de cuentas de ahorros o corrientes
- Intereses devengados de acciones, bonos, certificados de depósito
- Intereses devengados de bienes raíces (u otra propiedad que poseo o en la que tengo interés)

He leído este aviso y entiendo mis obligaciones de informar todos los cambios.

Impresión de cabeza de hogar

Firma del Jefe de Familia

Fecha

Cónyuge/Otro Adulto Imprimir

Firma del cónyuge/otro adulto

Fecha

Cónyuge/Otro Adulto Imprimir

Firma del cónyuge/otro adulto

Fecha

THIS PAGE WAS INTENTIONALLY LEFT BLANK

El contrato de arrendamiento de la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler establece:

- ❑ Sección II, "Salvo que se indique lo contrario, el uso de la Residencia está limitado al hogar del Inquilino. El hogar del inquilino solo consta del inquilino (cabeza de familia) y aquellas otras personas enumeradas en el contrato de arrendamiento y que tienen la relación con el inquilino indicada como miembros del hogar".
- ❑ La Sección II.A del Contrato de Arrendamiento establece: "cualquier adición a los miembros del hogar, incluida la adición de cualquier asistente que viva en el hogar o un niño de crianza, pero excluyendo los nacimientos naturales, requiere la aprobación previa por escrito de la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler.
- ❑ La Sección II.B del Contrato de Arrendamiento establece: "Cualquier cambio en la composición del hogar del Inquilino deberá ser informado por el Inquilino por escrito para ser recibido por la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la ocurrencia de acuerdo con el párrafo E.2 de la Sección VII del Contrato de Arrendamiento.
- ❑ La Sección VIII.B del Contrato de Arrendamiento establece: "**El Arrendatario deberá notificar previamente a la Autoridad de cualquier huésped que pasa la noche en las instalaciones del inquilino** y cualquier pernoctación de este tipo se considera un alojamiento para el huésped. "

Las Admisiones y Ocupación Continua de la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler establecen:

- ❑ El residente No puede permitir que los visitantes pernocten más de 14 días en un período de doce meses.
- ❑ La familia debe solicitar la aprobación de la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler antes de que lleguen los visitantes que estarán en la unidad más de 14 días en un año.
- ❑ Los visitantes que permanezcan más allá de este período se considerarán intrusos, y su presencia constituye un incumplimiento del contrato de arrendamiento.
- ❑ Si una persona que no sea un arrendatario está declarando a una agencia externa que reside en la unidad del arrendatario, la persona se considerará un miembro no autorizado del hogar.
- ❑ A los inquilinos y inquilinos no se les permite ocupar una unidad de vivienda, ni se les permite mudarse con ninguna familia que ocupe una unidad de vivienda.
- ❑ A los residentes no se les permite permitir que un antiguo inquilino de la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler que haya sido desalojado o invadido ocupe la unidad por cualquier período de tiempo.
- ❑ Los residentes deben informar a la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler cuándo se ausentarán de la unidad por más de 30 días y proporcionar un medio para que la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler se comuniquen con el residente en caso de una emergencia. El hecho de no notificar a la División de Vivienda y Reurbanización de la Ciudad de Chandler sobre ausencias prolongadas es motivo de terminación del contrato de arrendamiento.

Entiendo las afirmaciones anteriores. No hay otros adultos o niños que vivan o permanezcan en la unidad ahora que no sean aquellos cuyos nombres están en el contrato de arrendamiento. Entiendo que seré despedido del programa de Vivienda Pública si no cumplo con las reglas y regulaciones establecidas en la Política de Arrendamiento y Admisión y Ocupación Continua.

Impresión de cabeza de hogar

Firma del jefe de familia

Fecha

THIS PAGE WAS INTENTIONALLY LEFT BLANK

VIVIENDAS PUBLICAS SOLAMENTE

Declaración de Información sobre Pintura a Base de Plomo y/o Peligros de la Pintura a Base de Plomo

Declaración sobre los Peligros del Plomo

Las viviendas construidas antes del año 1978 pueden contener pintura a base de plomo. El plomo de pintura, pedazos de pintura y polvo puede representar peligros para la salud si no se maneja apropiadamente. La exposición al plomo es especialmente dañino para los niños jóvenes y las mujeres embarazadas. Antes de alquilar (rentar) una vivienda construida antes del año 1978, los arrendadores tienen la obligación de informar sobre la presencia de pintura a base de plomo o peligros de pintura a base de plomo conocidos en la vivienda. Los arrendatarios (inquilinos) también deben recibir un folleto aprobado por el Gobierno Federal sobre la prevención del envenenamiento de plomo.

Declaración del Arrendador

(a) Presencia de pintura a base de plomo y/o peligros de pintura a base de plomo (marque (i) o (ii) abajo):

(i) Confirmado que hay pintura a base de plomo y/o peligro de pintura a base de plomo en la vivienda (explique).

(ii) El arrendador no tiene ningún conocimiento de que haya pintura a base de plomo y/o peligro de pintura a base de plomo en la vivienda.

(b) Archivos e informes disponibles para el vendedor (marque (i) o (ii) abajo):

(i) El arrendador le ha proporcionado al comprador todos los archivos e informes disponibles relacionados con pintura a base de plomo y/o peligro de pintura a base de plomo en la vivienda (anote los documentos abajo).

Los records y reportes estarán disponibles a petición suya. Estos records y reportes disponibles serán proveídos antes que se venda la casa.

(ii) El arrendador no tiene archivos ni informes relacionados con pintura a base de plomo y/o peligro de pintura a base de plomo en la vivienda.

Acuse de Recibo del Arrendatario o Inquilino (Inicial)

(c) El arrendatario ha recibido copias de toda la información indicada arriba.

(d) El arrendatario ha recibido el folleto titulado *Proteja a Su Familia del Plomo en Su Casa*.

Acuse de Recibo del Agente (Inicial)

(e) El agente le ha informado al arrendador de las obligaciones del arrendador de acuerdo con 42 U.S.C. 4852(d) y está consciente de su responsabilidad de asegurar su cumplimiento.

Certificación de Exactitud

Las partes siguientes han revisado la información que aparece arriba y certifican que, según su entender, toda la información que han proporcionado es verdadera y exacta.

Arrendador	Date	Arrendador	Date
Arrendatario	Date	Arrendatario	Date
Agente	Date	Agente	Date