



PLEASE BRING THE FOLLOWING INFORMATION TO YOUR APPOINTMENT

ALL INFORMATION NEEDS TO BE CURRENT, DATE OF CURRENT MONTH!

PROOF OF INCOME

- W2 & 1040 INCOME TAX FORMS _____
- LAST 4 CHECK STUBS
- SELF EMPLOYED LAST MONTHLY STATEMENTS/NOTARIZED LETTER
- RECENT TANF & FOOD STAMPS LETTER
- RECENT SOCIAL SECURITY/SSI BENEFITS LETTER
- CHILD SUPPORT REPORT OR CHECK STUBS
- UNEMPLOYMENT BENEFITS (CHECK STUBS)
- BANK STATEMENT FOR EACH ACCOUNT

EXPENSES

- NOTARIZED CHILD CARE LETTER/CONTRACT
- MEDICAL EXPENSES – BRING RECEIPTS/STATEMENT(S) FROM PHARMACY

STUDENT VERIFICATION

- COLLEGE STATEMENT OF CHARGES

BIRTH CERTIFICATES

- FOR EVERY INDIVIDUAL IN YOUR APPLICATION. IF YOU DON'T HAVE ONE, PLEASE REQUEST IT AND BRING PROOF THAT YOU HAVE INITIATED THE PROCESS.

PICTURE IDENTIFICATION

- FOR EVERY ADULT INDIVIDUAL IN YOUR APPLICATION

SOCIAL SECURITY CARDS

- FOR EVERY INDIVIDUAL IN YOUR APPLICATION. IF YOU DON'T HAVE ONE, PLEASE REQUEST IT AND BRING PROOF THAT YOU HAVE INITIATED THE PROCESS.

PLEASE FILL OUT COMPLETELY THE ENCLOSED FORMS/DO NOT LEAVE ANYTHING BLANK

**-APPLICATION FORM
-PRIVACY ACT FORM (HUD 9886)
ALL ADULTS MUST SIGN BOTH FORMS**

ALSO PLEASE FILL OUT THE "SUPPLEMENT TO APPLICATION" FORM (HUD 92006)



FAVOR DE TRAER LA SIGUIENTE INFORMACION A SU CITA

¡TODA LA INFORMACION NECESITA SER RECIENTE CON FECHA DEL MES EN CURSO!

COMPROBANTE DE INGRESOS (ENTRADA DE DINERO)

- FORMAS DEL INCOME TAX (W2) Y 1040 DEL AÑO _____
- 4 ULTIMOS TALONES DE SALARIOS
- AUTO EMPLEO TRAER COMPROBANTE GANANCIAS MENSUALES/CARTA NOTARIADA
- CARTA RECIENTE DEL TANF Y ASISTENCIA DE COMIDA (FOOD STAMPS)
- CARTA RECIENTE DE BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL/SUPLEMENTAL
- CARTA RECIENTE DE MANUTENCION DE NIÑOS/CARTA NOTARIADA/TALONES DE PAGO
- CARTA RECIENTES DE BENEFICIOS DE DESEMPLEO (TALONES DE CHEQUE)
- ULTIMOS ESTADOS DE CUENTAS BANCARIAS (CHEQUES Y AHORROS)

GASTOS

- CONTRATO DE GUARDERIA/CARTA JUSTIFICANTE NOTARIADA
- GASTOS MEDICOS – TRAIGA RECIBOS Ó ESTADO(S) DE CUENTA DE SU FARMACIA

VERIFICACION DE ESTUDIANTE

- RECIBO DE COLEGIATURA DE LA ESCUELA

ACTAS DE NACIMIENTO

- PARA TODAS LAS PERSONAS EN SU APLICACIÓN. SI LE FALTA ALGUNA, FAVOR DE PEDIRLA Y TRAER EL COMPROBANTE DE QUE INICIO EL PROCESO.

IDENTIFICACIONES

- PARA TODAS LAS PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

TARJETAS DE NÚMERO SOCIAL

- PARA TODAS LAS PERSONAS EN SU APLICACIÓN. SI LE FALTA ALGUNO, FAVOR DE PEDIRLO Y TRAER EL COMPROBANTE DE QUE INICIO EL PROCESO.

POR FAVOR LLENE POR COMPLETO LAS FORMAS INCLUIDAS/NO DEJE NADA EN BLANCO

-SOLICITUD DE ASISTENCIA

-AVISO DE LEY DE CONFIDENCIALIDAD (HUD 9886)

TODAS LAS PERSONAS ADULTAS DEBERAN DE FIRMAR AMBAS FORMAS

TAMBIEN, FAVOR DE LLENAR LA FORMA “COMPLEMENTO PARA SOLICITUD” (HUD 92006)

APPLICATION FOR RE-CERTIFICATION

HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF BROWNSVILLE

Bring this form, **completed in ink in your own handwriting** to your appointment for re-certification. Use the legal name for each person who will reside in the dwelling unit as it appears on his/her Social Security card. All persons age 18 and older must sign this application certifying the information pertaining to them is correct. Do not leave any blanks. If a section does not apply to you, write N/A in it.

Name: _____

Home Phone Number _____ Work Phone Number: _____

Physical Address: _____

Mailing Address: _____

EMERGENCY CONTACT:

Name: _____ Relation to you: _____ Telephone Number: _____

I. - HOUSEHOLD COMPOSITION. List all persons in household 18 years of age and older.

Adults (Age 18 and older)			Social Security Number	Relation to Head of Household	Sex	Race and Ethnicity	Birth Date	Age	Disabled Yes / No	Student	
										Yes	No
Last	First	MI									
				Head of Household							

Continuation: Household composition. Minors (all persons under the age of 18)

Minors (less than 18 years of age)		Social Security Number	Relation to Head of Household	Sex	Race and Ethnicity	Date of Birth	Age	Disabled Yes / No	Name and address of absent parent.
Last Name	First Name								

1. - Is any household member age 18 or older a full time student (other than head of household or spouse)? If yes list the name and the school they attend: _____

2. - Is the Spouse of the Head of Household temporarily absent from the home? ____ If yes, where?

3. - Does anyone outside the household help with bills on a regular basis? Yes ____ No ____

If yes, list name of each person or agency that assists with bills: _____

4. - Does anyone in your household require special accommodations due to a handicap or disability?

Yes ____ No ____ if yes, please specify requirements: _____

II. - INCOME AVAILABLE TO HOUSEHOLD

List all income earned or received by everyone living in the household regardless of age. List all gross amounts of income (before any deductions.)

Income Source	Yes	No	Family Member	Source	Amount
Wages or Earnings					
Self-Employment					
Social Security					
SSI					
Child Support					
TANF					
Food Stamps					
Unemployment Benefits					
Pension or Retirement					
Worker's Compensation					
Income from Rental Property					
Regular Contributions or Gifts (i.e. Family Support)					
Military Income					
Other					

III. - QUALIFYING FOR THE EARNED INCOME EXCLUSION (If there is not a disabled adult in the household, skip to section IV.-ASSETS.)

1. - Has any disabled adult household member started a new job or had an increase in earnings since last certification? Yes _____ No_____ If yes, who? _____ If no, skip to Section IV Assets

2. - How much did the person listed above earn in the months immediately before his/her increase in earnings or new employment? \$_____ where he/she was previously employed? _____

3. - Did the person listed above receive TANF benefits at any time in the six months before this employment or increase in earnings began? _____

4. - Was the employed person a participant in a self-sufficiency or job training program at the time he/she started this job or received the increase in earnings? Yes _____ No_____

If yes, list training program and dates of enrollment: _____

IV. ASSETS

1. - Does any household member listed have assets or receive income from assets?
(Please check all that apply)

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Real Estate (Land, Lots, etc.) | Company Retirement/Pension Fund | Trusts |
| Stocks | Insurance Settlements | Bonds |
| Certificates of Deposit | Savings Account | Checking Account |
| Other: | | |

2. - Have you given away or sold any asset for less than its fair market value in the past 2 years?

If yes, what was the asset? _____

Date: _____ Market Value: \$ _____ How much did your receive? \$ _____

V. - MEDICAL EXPENSES

(Complete only if Head of household or Spouse is disabled or is 62 years of age or older)

1. - List all medical expenses the family anticipates paying during the next 12 months that will NOT be reimbursed by insurance or other outside source. Do NOT include life or insurance premiums.

TYPE OF EXPENSE	AMOUNT	TYPE OF EXPENSE	AMOUNT
Medical Insurance	\$ _____	Doctor's visit	\$ _____
Prescription Medicine	\$ _____		\$ _____
	\$ _____		\$ _____
	\$ _____		\$ _____

2. – Do you pay for attendant care or auxiliary apparatus for a disabled household member in order for them or any other family member to work? Yes _____ No _____

If yes, itemize: _____

VI. - CHILD CARE

1. - Do you pay for Child Care for children age 12 or younger while you work or attend school?

Yes _____ No _____ .If yes, to whom are expenses paid? _____

How much per month? _____

2. - Please provide the Child Care Agency/Provider information

Name of Agency/Childcare Provider: _____

Address: _____

Telephone Number: _____ Fax Number: _____

VII. – ADDITIONAL INFORMATION

1. – Did you fail to report any income received by any of the household members during the past 12 months to this Housing Agency? Yes _____ No _____

If yes, list amounts unreported at this time: \$ _____ Source _____

If you report the income at this time, you will be given the opportunity to enter into a repayment agreement.

2. - **Answer the following questions ONLY if you are requesting a transfer:**

A. Are you current with your share of the rent to the landlord? Yes _____ No _____

If not, explain: _____

B. Are all utilities in your unit (gas, electricity, water) currently turned on by the utility company?

Yes _____ No _____ If not, specify: _____

All household members age 18 and over should review the information on this form and **MUST** sign below. All information provided on this form is subject to verification by the Housing Agency.

I do hereby swear and attest that all information on this application is true and correct. I understand that I must report any changes in income, assets, family composition, to the Housing Agency in writing within 10 days of such change. I further understand that false statements or information provided by me are punishable under federal law and constitute grounds for termination of my housing assistance.

Signature of Head of Household

Date

Signature of Spouse of Head of Household or Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

WARNING: TITLE 18, SECTION 1001 OF THE UNITED STATES CODE, STATES THAT A PERSON IS GUILTY OF A FELONY FOR KNOWINGLY AND WILLINGLY MAKING FALSE OR FRAUDULENT STATEMENTS TO ANY DEPARTMENT OR AGENCY OF THE UNITED STATES.

If you believe you have been discriminated against, you may call the Fair Housing and Equal Opportunity National Toll Free Number 1-800-669-9777.

SOLICITUD DE RE-CERTIFICACIÓN

AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA CIUDAD DE BROWNSVILLE

Favor de traer esta solicitud completa escrita a mano para su cita de re-certificación. Use el nombre legal de cada una de las personas que ocuparán la vivienda como aparece en la tarjeta de su seguro social. Las personas mayores de 18 años deberán firmar esta solicitud para avalar que la información es correcta. No deje espacios en blanco. Si alguna de las secciones o preguntas no aplican a su caso solo escriba **N/A** (no aplica).

Nombre: _____

Número telefónico: _____ Número telefónico de su trabajo: _____

Dirección residencial: _____

Dirección de correspondencia: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____ Número telefónico: _____

I. - COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluya todas las personas mayores de 18 años de edad que viven en la vivienda incluyéndose a usted)

Adultos (Mayores de 18 años)		Número de Seguro Social	Relación con el jefe de familia	Sexo	Raza/ Etnicidad	Fecha de nacimiento	Edad	Discapacitado Si / No	Estudiante	
Apellido	Nombre								Si	No
			Jefe de familia							

Continuación de la composición del hogar. Menores (todas las personas menores de 18 años de edad)

Menores (Menores de 18 años)		Número de Seguro Social	Relación con el jefe de familia	Sexo	Raza/ Etnicidad	Fecha de nacimiento	Edad	Discapacitado Si / No	Nombre y dirección del padre ausente
Apellido	Nombre								

1.- ¿Además del jefe (a) de familia o el esposo (a) del jefe de familia, existe algún integrante de la familia viviendo en la casa mayor de 18 años de edad y que sea estudiante de tiempo completo?

Si es así, escriba el nombre de la persona e institución educativa a la que asiste: _____

2.- ¿Está el cónyuge de la cabeza de la familia temporalmente ausente de la casa?

Si es así, indique en donde se encuentra: _____

3.- Existe alguna persona que no viva con usted que le ayude regularmente con sus gastos? Sí ____ No ____

Si su respuesta es sí, escriba el nombre de cada persona o el nombre de la agencia que le otorga la ayuda:

4.- ¿Existe algún integrante de la familia que sufra de una incapacidad física, que requiera de adaptaciones especiales? Sí ____ No ____

Si su respuesta es sí, especifique de que tipo: _____

II.- INGRESOS DISPONIBLES DEL HOGAR

A continuación detalle los ingresos ganados o recibidos por concepto de donaciones por todas las personas que viven con usted sin importar la edad de estos. Liste las cantidades sin deducciones.

Fuente de Ingreso	Si	No	Miembro de la Familia	Fuente	Cantidad
Salarios o Ingresos					
Trabajo por cuenta propia					
Seguro Social					
SSI (Supplemental)					
Manutención de Menores					
TANF					
Estampillas de Comida					
Beneficios de Desempleo					
Pension ó Retiro					
Compensación del Empleado					
Ingreso por Renta de Propiedades					
Contribuciones o Donaciones Regulares (ej. Ayuda Familiar)					
Ingreso Militar					
Otro					

III. EXCLUSIÓN DE INGRESOS GANADOS

Si no existe un adulto incapacitado viviendo en la casa, por favor pase a la sección IV. - BIENES.

1.- ¿Después de la última certificación, algún integrante incapacitado obtuvo un nuevo empleo u obtuvo un incremento salarial? Sí ____ No ____

Si su respuesta es sí, proporcione el nombre: _____

2.- Detalle el total de salario recibido por la persona mencionada anteriormente en los meses previos al nuevo empleo o incremento salarial. \$ _____

Nombre del empleo anterior: _____

3.- Mencione si en los seis meses anteriores al nuevo empleo la persona recibió beneficios del TANF o algún incremento salarial y cuando comenzaron. _____

4.- ¿La persona que trabaja participaba en algún programa de ayuda a la autosuficiencia familiar o de formación en el momento que comenzó en el nuevo empleo o recibió incremento salarial? Sí ____ No ____

Si su respuesta es sí, proporcione el nombre del programa y las fechas de participación.

IV. BIENES

1.- Algún integrante de la familia de los mencionados anteriormente posee bienes o recibe ingresos por los siguientes conceptos. (Marque todos lo que apliquen)

Bienes y Raíces(terrenos, solares, etc.)	Compañía de Retiro/ Fondos de Pensión	Inversiones
Acciones	Pagos de Seguros a usted	Bonos
Certificados de Depósito	Cuenta de Ahorros	Cuenta de cheques
Otros:		

2.- ¿A usted regalado o vendido alguno de sus bienes en los últimos dos años por menos de su valor?

Sí ____ No ____ Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Fecha de venta: _____ Valor: \$ _____ Cuanto recibió: \$ _____

V.- GASTOS MÉDICOS

(Complete la sección solamente si el jefe (a) de familia o el esposo (a) es deshabilitado (a) o si es mayor de 62 años de edad).

1.- Enliste todos los gastos médicos que la familia anticipa se pagarán durante los siguientes doce (12) meses y que no serán reembolsados por la compañía de seguros o alguna otra fuente externa. No incluir compañía de seguros o alguna otra fuente externa. No incluya primas de seguro de vida o de servicios funerarios.

TIPO DE GASTO	CANTIDAD	TIPO DE GASTO	CANTIDAD
Seguro médico	\$ _____	Visita al médico	\$ _____
Prescripción médica	\$ _____		\$ _____
	\$ _____		\$ _____
	\$ _____		\$ _____
	\$ _____		\$ _____

2.- ¿Paga usted por asistencia o aparatos auxiliares para un integrante de la familia incapacitado para que así pueda trabajar? Sí _____ No _____ Si su respuesta es sí, proporcione la cantidad: \$ _____

VI.- GUARDERÍA

1.- ¿Paga usted por servicio de guardería para sus niños menores de 12 años mientras usted estudia o trabaja? Sí _____ No _____ Si su respuesta es sí, proporcione la cantidad que paga por mes: \$ _____

2.- Proporcione la información de la guardería.

Nombre del establecimiento “guardería”: _____

Encargado del establecimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____

VII.- INFORMACIÓN ADICIONAL

1.- ¿Olvidó usted informar de algún ingreso recibido durante los pasados 12 meses por cualquier integrante de la familia? Sí _____ No _____ .Si su respuesta es sí, proporcione la cantidad: \$ _____

Si usted dejó de reportar algún ingreso durante los pasados 12 meses que pudiera generar un cambio en el alquiler que usted debiera pagar y lo menciona ahora, se le dará la oportunidad de participar en un programa de reembolso.

2.- Conteste lo siguiente solamente si está haciendo una petición de traslado.

A.- ¿Esta usted al corriente en los pagos de su alquiler? Sí ____ No____

Si su respuesta es sí, explique: _____

B.- ¿Están todos los servicios públicos (gas, electricidad, agua, etc.) disponibles en su unidad habitacional?

Sí ____ No____ .Si su respuesta es no, especifique: _____

Todos los integrantes de la casa, mayores de 18 años deberán revisar la información incluida en esta forma y firmar en el espacio "Firma de otro adulto". Toda información proporcionada está sujeta a verificación por parte de la Agencia de la Vivienda.

Por la presente yo juro y atestiguo que toda la información proporcionada por mí y acerca de mi persona es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar a la Agencia de la Vivienda, por escrito, cualquier cambio por concepto de ingresos, bienes y composición familiar dentro de los 10 días de tal cambio. Entiendo además que la información falsa proporcionada por mí es castigada tanto por la ley federal como la estatal y que constituyen motivos para la revocación de la asistencia que se me otorgue.

Firma del Jefe(a) de Familia

Fecha

Firma del Esposo(a) del Jefe(a) de Familia ú Otro Adulto

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

ADVERTENCIA: EL TITULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, DECLARA QUE LA PERSONA ES CULPABLE DE CRIMEN POR HACER CONSCIENTEMENTE Y CON DISPOSICIÓN DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPENDENCIA O AGENCIA GUBERNAMENTAL DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Si usted cree que ha sido discriminado, llame al número nacional sin costo del Igualdad de Oportunidad de Vivienda 1-800-669-9777.

Authorization for the Release of Information/ Privacy Act Notice

to the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD)
and the Housing Agency/Authority (HA)

U.S. Department of Housing
and Urban Development
Office of Public and Indian Housing

PHA requesting release of information: **(Cross out space if none)**
(Full address, name of contact person, and date)

IHA requesting release of information: **(Cross out space if none)**
(Full address, name of contact person, and date)

Authority: Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993. This law is found at 42 U.S.C. 3544.

This law requires that you sign a consent form authorizing: (1) HUD and the Housing Agency/Authority (HA) to request verification of salary and wages from current or previous employers; (2) HUD and the HA to request wage and unemployment compensation claim information from the state agency responsible for keeping that information; (3) HUD to request certain tax return information from the U.S. Social Security Administration and the U.S. Internal Revenue Service. The law also requires independent verification of income information. Therefore, HUD or the HA may request information from financial institutions to verify your eligibility and level of benefits.

Purpose: In signing this consent form, you are authorizing HUD and the above-named HA to request income information from the sources listed on the form. HUD and the HA need this information to verify your household's income, in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. HUD and the HA may participate in computer matching programs with these sources in order to verify your eligibility and level of benefits.

Uses of Information to be Obtained: HUD is required to protect the income information it obtains in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD may disclose information (other than tax return information) for certain routine uses, such as to other government agencies for law enforcement purposes, to Federal agencies for employment suitability purposes and to HAs for the purpose of determining housing assistance. The HA is also required to protect the income information it obtains in accordance with any applicable State privacy law. HUD and HA employees may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of the income information that is obtained based on the consent form. **Private owners may not request or receive information authorized by this form.**

Who Must Sign the Consent Form: Each member of your household who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the household or whenever members of the household become 18 years of age.

Persons who apply for or receive assistance under the following programs are required to sign this consent form:

- PHA-owned rental public housing
- Turnkey III Homeownership Opportunities
- Mutual Help Homeownership Opportunity
- Section 23 and 19(c) leased housing
- Section 23 Housing Assistance Payments
- HA-owned rental Indian housing
- Section 8 Rental Certificate
- Section 8 Rental Voucher
- Section 8 Moderate Rehabilitation

Failure to Sign Consent Form: Your failure to sign the consent form may result in the denial of eligibility or termination of assisted housing benefits, or both. Denial of eligibility or termination of benefits is subject to the HA's grievance procedures and Section 8 informal hearing procedures.

Sources of Information To Be Obtained

State Wage Information Collection Agencies. (This consent is limited to wages and unemployment compensation I have received during period(s) within the last 5 years when I have received assisted housing benefits.)

U.S. Social Security Administration (HUD only) (This consent is limited to the wage and self employment information and payments of retirement income as referenced at Section 6103(I)(7)(A) of the Internal Revenue Code.)

U.S. Internal Revenue Service (HUD only) (This consent is limited to unearned income [i.e., interest and dividends].)

Information may also be obtained directly from: (a) current and former employers concerning salary and wages and (b) financial institutions concerning unearned income (i.e., interest and dividends). I understand that income information obtained from these sources will be used to verify information that I provide in determining eligibility for assisted housing programs and the level of benefits. Therefore, this consent form only authorizes release directly from employers and financial institutions of information regarding any period(s) within the last 5 years when I have received assisted housing benefits.

Consent: I consent to allow HUD or the HA to request and obtain income information from the sources listed on this form for the purpose of verifying my eligibility and level of benefits under HUD's assisted housing programs. I understand that HAs that receive income information under this consent form cannot use it to deny, reduce or terminate assistance without first independently verifying what the amount was, whether I actually had access to the funds and when the funds were received. In addition, I must be given an opportunity to contest those determinations.

This consent form expires 15 months after signed.

Signatures:

_____	_____		
Head of Household	Date		
_____		_____	_____
Social Security Number (if any) of Head of Household		Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Spouse	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date

Privacy Act Notice. Authority: The Department of Housing and Urban Development (HUD) is authorized to collect this information by the U.S. Housing Act of 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. 2000d), and by the Fair Housing Act (42 U.S.C. 3601-19). The Housing and Community Development Act of 1987 (42 U.S.C. 3543) requires applicants and participants to submit the Social Security Number of each household member who is six years old or older. Purpose: Your income and other information are being collected by HUD to determine your eligibility, the appropriate bedroom size, and the amount your family will pay toward rent and utilities. Other Uses: HUD uses your family income and other information to assist in managing and monitoring HUD-assisted housing programs, to protect the Government's financial interest, and to verify the accuracy of the information you provide. This information may be released to appropriate Federal, State, and local agencies, when relevant, and to civil, criminal, or regulatory investigators and prosecutors. However, the information will not be otherwise disclosed or released outside of HUD, except as permitted or required by law. Penalty: You must provide all of the information requested by the HA, including all Social Security Numbers you, and all other household members age six years and older, have and use. Giving the Social Security Numbers of all household members six years of age and older is mandatory, and not providing the Social Security Numbers will affect your eligibility. Failure to provide any of the requested information may result in a delay or rejection of your eligibility approval.

Penalties for Misusing this Consent:

HUD, the HA and any owner (or any employee of HUD, the HA or the owner) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form.

Use of the information collected based on the form HUD 9886 is restricted to the purposes cited on the form HUD 9886. Any person who knowingly or willfully requests, obtains or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000.

Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD, the HA or the owner responsible for the unauthorized disclosure or improper use.

Autorización para divulgar información/ Aviso sobre la Ley de Confidencialidad

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

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

Oficina de Vivienda Pública y para
Comunidades Indígenas

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

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

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

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

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

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

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

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

Vivienda pública de alquiler de propiedad de una PHA.

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

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

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

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

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

Cupón de alquiler según las disposiciones de la Sección 8.

Rehabilitación moderada según las disposiciones de la Sección 8.

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

Fuentes de acopio de información:

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

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

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

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

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

Firmas:

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

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

Sanciones por el uso indebido del presente formulario de consentimiento:

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

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

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

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

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:	
Mailing Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
Name of Additional Contact Person or Organization:	
Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
E-Mail Address (if applicable):	
Relationship to Applicant:	
Reason for Contact: (Check all that apply)	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process
<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms
<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Late payment of rent	
Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.	
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.	
Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.	

Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

Signature of Applicant

Date

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions. Form HUD-92006 (05/09)

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

N.º de control de OMB 2502-0581
Exp. (07/31/2012)

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

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

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

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

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

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

--	--

Firma del Solicitante

Fecha

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

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

Form. HUD-92006 (05/09)_Spanish