Fraud Bulletin
U.S. Department of Housing and Urban Development
Office of Inspector General

OTOÑO, 2013 VOLUMEN 1 | NÚMERO 2

SOLICITUD DE AYUDA DE VIVIENDA HUD?

¿PIENSE EN ESTO…
FRAUDE VALE LA PENA?

¿Te das cuenta ...?

Si cometes fraude para obtener asistencia para su vivienda por HUD, podrían ser:

- desalojado de su apartamento o casa.
- Exigirle que reembolse toda la asistencia que le pagaron de alquiler.
- Una multa de hasta $ 10,000.00
- Encarcelado durante un máximo de cinco años.
- Prohibición de recibir asistencia en el futuro.
- Sin perjuicio de Estado y de sanciones del gobierno local.

¿SABE USTED QUE ...

- Que está cometiendo un fraude si firma una planilla a sabiendas de que ha proporcionado información falsa o engañosa.
- La información que proporcione en la solicitud de asistencia de vivienda y formas de recertificación será verificada.
- La agencia local de vivienda, HUD, o la Oficina del Inspector General verificará la información sobre los ingresos y bienes que usted proporcione con otras agencias federales, estatales o locales y con organismos privados.
- La certificación de la información falsa es fraude

ASÍ QUE TENGA CUIDADO

HAGA PREGUNTAS !

Si usted no entiende algo en la solicitud o planilla de recertificación , pregunte siempre . Es mejor prevenir que curar. Cuando usted llena su solicitud y re-certificación anual para vivienda asistida por HUD, asegúrese de que sus respuestas a las preguntas sean exactas y honestas .

Debe incluir :

• Todas las fuentes de ingresos y los cambios en el ingreso (subir o bono) usted o algún miembro de su hogar recibe , como los salarios , prestaciones sociales , seguridad social y beneficios para veteranos , pensiones, jubilación , etc
• Cualquier dinero que usted recibe en nombre de sus hijos , como la manutención de los hijos , pagos de AFDC, seguro social para los niños , etc
• Todos los activos , tales como cuentas bancarias, bonos de ahorro, certificados de depósito, acciones, bienes raíces, etc , que son propiedad de usted o cualquier miembro de su grupo familiar.
• Todo ingreso procedente de bienes, como intereses de ahorros y cuentas corrientes , dividendos de acciones , etc
• Cualquier negocio o bienes (como su casa) que haya vendido en los últimos dos años a menos de su valor total.
• Los nombres de todas las personas, adultos o niños, parientes o no parientes , que viven con usted y que componen su familia .

CUIDADO CON LAS ESTAFAS DE VIVIENDA VIVIENDA

• No pague dinero a nadie por llenar la solicitud de asistencia de vivienda y planilla de recertificación para usted.
• No pague dinero para moverse hacia arriba en una lista de espera.
• No pague por todo lo que no está cubierto por su contrato de arrendamiento.
• Pida un recibo por el dinero que paga , especialmente si usted paga en efectivo.
• Pida una explicación por escrito si le exigen pagar por otra que el alquiler (mantenimiento, cargos por servicios públicos o de pago) nada.

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de la Oficina del Inspector General (OIG) EE.UU. es del orden público del Departamento y el brazo de auditoría y se encarga de investigar las denuncias de fraude, el despilfarro y la mala gestión de los programas financiados por HUD .
FRAUDE DE INFORMES

Graves denuncias de fraude deben ser reportados a su oficina local de HUD del Inspector General o al HUD OIG Hotline en:
http://www.hudoig.gov/report-fraud

AVISO CON RESPECTO AL DECRETO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (VAWA)

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 el cumplimiento del decreto VAWA en la **vivienda pública o vale de opción de vivienda**. 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 **vivienda pública o 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 **vivienda pública o 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 **vivienda pública o 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 desalojo. 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 acoso

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 acoso. 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 acecho.** 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 acoso, la división COCHRD puede pedirle a usted dicha 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

   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 acoso, 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 Acecho

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 acoso. 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 decide qué presentar 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 acoso.

- 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 (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.

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 desalojo o terminación, tal como para desalojar a su abusador/a o autor/a del crimen o para dar por terminada la asistencia a 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 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: _____

Form HUD-5380
(12/2016)

ESTA PAGINA FUE DEJADA EN BLACNO A PROPOSITO

CERTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA DE PAREJA, AGRESIÓN SEXUAL, ACECHO Y DOCUMENTACIÓN ALTERNA

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano Ode 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 desalojo, 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 acoso 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 acoso, 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 acoso.

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 acoso, 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 acoso ocurrió/eron y cumple/n con la definición de "violencia doméstica", "violencia de pareja", "agresión sexual", o "acoso" 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 acoso. 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 acoso 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 desalojo o para una audiencia relacionada con la terminación de la asistencia; o (iii) de otra forma requerida por las leyes aplicables.

Form HUD-5382
(12/2016)

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

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 acoso. 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 desalojo.

Firma _____ Firmada en (Fecha) _____

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 proporcionada 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 acoso. 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.

Forma HUD-5382
(12/2016)

Chandler Arizona
Where Values Make The Difference

Aplicacion Completa para Asistencia de Vivienda de la Cuidad de Chandler

Aplicacion debe ser llenado por el candidato/residente en su propia letra. La información que usted da en la forma en cuanto a composición de casa, ingresos, activos de familia y deducción debe ser exacta y completa. Llene todas las secciones. El no llenar esta forma exactamente y completamente le causará que sea quitado de la lista de espera.

INFORMACION DE CABESA DE CASA

NOMBRE	NOMBRE	APELLIDO	INICIAL/NOMBRE DE SOLTERA(O)	
DIRECCIÓN DE CORREO	APARTADO DE CORREOS/CALLE	DIRRECION FÍSICO	CALLE	
	APT/UNIT #		APT/UNIT #	
	CUIDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		CUIDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	
NUMERO DE TELÉFONO (S)	CASA	CELULAR	TRABAJO	CORREO ELECTRONICO DE CABESA DE FAMILIA

Marque todo lo que aplicá para el/la cabesa de casa:
☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Soltero(a) ☐Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐Separado(a) ☐ Enviudado(a) ☐Retirado(a) ☐ Deshabilitado(a) ☐ Discapacitado(a) ☐ Estudiante a Tiempo completo ☐ Empleado(a) ☐Desempleado(a)

Si usted está casado(a) separado(a) o divorciado(a), llene lo siguiente:

NOMBRE DE ESPOSO (A) O EX ESPOSO (A)	SEGURO SOCIAL
DIRRECION	FECHA DE NACIMENTO

¿Ha usado alguna vez un nombre además del que usted usa ahora? ☐ Si ☐ No
Si sí, por favor explique: _____

¿Ha usado alguna vez un numero de seguro social diferente al numero actual? ☐ Si ☐ No
Si sí, por favor explique: _____

INFORMACIÓN GENERAL

SI	NO	
☐	☐	Alguna vez **vivió** en el alojamiento subvencionado o recibió la ayuda de alquiler? Si sí, nombre y dirección de Agencia que proporciona ayuda: Fechas de cuando la ayuda comenzó: ¿Quién ere la cabeza de casa?
☐	☐	¿Recibe **actualmente** la ayuda de alquiler? Si sí, nombre y dirección de Agencia que proporciona ayuda: Fechas de cuando la ayuda comenzó: ¿Quién ere la cabeza de casa?
☐	☐	Debe usted dinero a cualquier Agencia de Alojamiento? Sí sí, que cantidad: El nombre y dirección de la Agencia al que debe el dinero:
☐	☐	Usted o algun miembro de la casa a sido desalojado del alojamiento federal durante los últimos cinco años? Si sí, por favor explique:

INFORMACIÓN GENERAL Continua	
☐ ☐	Usted o algun miembro de la casa a sido detenido durante los últimos cinco años por un crimen y o drogas? Si sí, por favor explique:
☐ ☐	¿Tiene usted a animales domésticos? ¿Sí sí, cuántos y que clase?
☐ ☐	**Usted o algún miembro de la familia cree que él / ella necesita alojamiento razonable para participar en cualquier programa de la Ciudad de Chandler?** La oficina de Viviendas y Desarollo de la cuidad de Chandler se ha comprometido a cumplir plenamente con todas las leyes locales, estatales y federales de discriminación y igualdad de oportunidades. Si usted marco que si, por favor llene una forma de "Alojamiento Razonable ".
☐ ☐	Usted o algun miembro de la casa es sujeto a una registracion de por vida bajo las leyes estatales por delincuente sexual? Si si, quien?
☐ ☐	Usted o algun miembro de la casa ha sido condenado por cimines relacionados con la produccion o fabricacion de metanfetaminas en viviendas federales? Si si, quien?

COMPOSICON FAMILAR

ADULTOS: Ponga a todas los miembro de 18 anos o mayor que estará viviendo en el hogar cuando recibes asistencia.

NOMBRE	RELACION DEL APPLICANTE	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE LA CAJA APPROPIADA	USO DE OFICINA
1.	Cabesa de Familia					☐Discapacitado ☐Ciudadano de E.E.U ☐Estudiante de tiempo completo	☐BC ☐SS ☐ ID
2.	*Otro Adulto* Relacion:					☐ Discapacitado ☐ Ciudadano de E.E.U ☐ Estudiante de tiempo completo	☐BC ☐SS ☐ ID
3.	*Otro Adulto* Relacion:					☐ Discapacitado ☐ Ciudadano de E.E.U ☐ Estudiante de tiempo completo	☐BC ☐SS ☐ ID
4.	*Otro Adulto* Relacion:					☐ Discapacitado ☐ Ciudadano de E.E.U ☐ Estudiante de tiempo completo	☐BC ☐SS ☐ ID

Niños: Ponga a **todos** los niños menores de 18 anos que estarán viviendo en el hogar cuando recibea asistencia. Asegúrese de llenar completamente toda la información de los padres. **Si usted no tiene toda la información solicitado, usted debe someter una declaración notariada que certifica bajo pena de perjurio que usted no sabe la información solicitada.** El no someter esta información podría resultar en que su aplicación sea regresada a usted.

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE LA CAJA PPROPIADA	OFICINA
5.						☐ Discapacitado ☐ Niño foster ☐ Custodia legal ☐ Ciudadano de E.E.U	☐BC ☐SS ☐ ID

Nombre de la Madre	Seguro Social de la Madre	Nombre del Padre	Seguro Social del Padre	
Fecha de Nacimiento de la Madre	Dirección	Fecha de Nacimiento del Padre	Dirección	

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE LA CAJA APPROPIADA	OFICINA
6.						☐ Discapacitado ☐ Niño foster ☐ Custodia legal ☐ Ciudadano de E.E.U	☐BC ☐SS ☐ ID
Nombre de la Madre		Seguro Social de la Madre		Nombre del Padre		Seguro Social del Padre	
Fecha de Nacimiento de la Madre		Dirección		Fecha de Nacimiento del Padre		Dirección	

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE LA CAJA APPROPIADA	OFICINA
7.						☐ Discapacitado ☐ Niño foster ☐ Custodia legal ☐ Ciudadano de E.E.U	☐BC ☐SS ☐ ID
Nombre de la Madre		Seguro Social de la Madre		Nombre del Padre		Seguro Social del Padre	
Fecha de Nacimiento de la Madre		Dirección		Fecha De Nacimiento del Padre		Dirección	

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE LA CAJA APPROPIADA	OFICINA
8.						☐ Discapacitado ☐ Niño foster ☐ Custodia legal ☐ Ciudadano de E.E.U	☐BC ☐SS ☐ ID
Nombre de la Madre		Seguro Social de la Madre		Nombre del Padre		Seguro Social del Padre	
Fecha de Nacimento de la Madre		Dirección		Fecha de Nacimiento del Padre		Dirección	

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE LA CAJA APPROPIADA	OFICINA
9.						☐ Discapacitado ☐ Niño foster ☐ Custodia legal ☐ Ciudadano de E.E.U	☐BC ☐SS ☐ ID
Nombre de la Madre		Seguro Social de la Madre		Nombre del Padre		Seguro Social del Padre	
Fecha de Nacimento de la Madre		Dirección		Fecha de Nacimiento del Padre		Dirección	

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE LA CAJA APPROPIADA	OFICINA
10.						☐ Discapacitado ☐ Niño foster ☐ Custodia legal ☐ Ciudadano de E.E.U	☐BC ☐SS ☐ ID
Nombre de la Madre		Seguro Social de la Madre		Nombre del Padre		Seguro Social del Padre	
Fecha de Nacimento de la Madre		Dirección		Fecha de Nacimiento del Padre		Dirección	

ESTUDIANTES DE TIEMPO COMPLETO

Ponga a **todos** los estudiantes, incluyendo a niños (as), que van a vivir en el hogar cuando usted recibe asistencia.

NOMBRE COMPLETO	NOMBRE DE ESCUELA	DIRECCIÓN DE ESCUELA	NUMERO DE TELEFONO DE ESCUELA	GRADO/CURSO DE ESTUDIOS
1.				
2.				
3.				

Utilice otra hoja del papel para listar a estudiantes adicionales.

INFORMACIÓN DE INGRESOS

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Ponga todos los empleos ya sean completo o de medio tiempo para todos los miembros de la casa (que incluye emplea de uno mismo, cuidado de niño, reservas militares)

MIEMBRO DE FAMILIA	NOMBRE Y DIRECCION DE PATRON	TITULO DE TRABAJO	NUMERO DE TELEFONO DEL PATRON	SUELDO	HORA/ SEMANA	USO DE OFICINA
				$		
				$		
				$		

Utilice otra hoja de papel para poner a estudiantes adicionales.

OTROS INGRESOS:

Si agluna persona, incluyendo a niños reciben o esperan recibir dinero de alguna fuente mencionado abajo? Marque "sí" o "no" para cada artículo. Si sí, marca quién y la cantidad que recibían mensualmente.

TIPO DE INGRESOS	SI NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA FUENTE	CANTIDAD MENSUAL	USO DE OFICINA
Estampillas	☐ ☐		$	
TANF	☐ ☐		$	
Asistencia General	☐ ☐		$	
Seguro Social	☐ ☐		$	
SSI	☐ ☐		$	
Pensión (retiro)	☐ ☐	Tipo de Pensión:	$	
Compensacion de Trabajo	☐ ☐		**$**	
Compensacion de Desempleo	☐ ☐		$	
Compensacion de Invalidez	☐ ☐		$	

OTROS INGRESOS:

Si agluna persona, incluyendo a niños reciben o esperan recibir dinero de alguna fuente mencionado abajo? Marque "sí" o "no" para cada artículo. Si sí, marca quién y la cantidad que recibían mensualmente.

TIPO DE INGRESOS	SI NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA FUENTE		CANTIDAD MENSUAL	USO DE OFICINA
Sostenimiento de Ninos	☐ ☐	Pagador: Estado:	Nombre de Nino: # de Orden de Corte:	$	
Sostenimiento de Ninos	☐ ☐	Pagador: Estado:	Nombre de Nino: # de Orden de Corte:	$	
Sostenimiento de Ninos	☐ ☐	Pagador: Estado:	Nombre de Nino: # de Orden de Corte:	$	
Manutención Conyugal	☐ ☐	Pagador: Estado:	# de Orden de Corte:	$	
Becas	☐ ☐				
Subvenciones Escolares	☐ ☐			$	
Estudio de Trabajo	☐ ☐			$	
Cuidado de Ninos	☐ ☐			$	
Asistente de Cuidado	☐ ☐			$	
Ingreso de Propiedad De Alquiler	☐ ☐			$	
Reserva de Fuerzas Armadas	☐ ☐			$	
Ayuda Economica De Familia / Amigos	☐ ☐			$	
Otros Ingresos:	☐ ☐			$	

INGRESOS DE ACTIVOS

Ponga todas las Cuentas Bancarias ahorros, cheques, reservas, obligaciones, valores, CD, partes de cooperativa de crédito, IRA o Proyectos de Keogh, Obligaciones de Ahorros, o cualquier posesión guardada para objetivos de inversión, etc.

MIEMBRO DE FAMILIA	NOMBRE Y DIRECCIÓN (BANCO, AGENTE DE BOLSA)	TIPO DE CUENTA	ULTIMOS 4 NUMEROS DE CUENTA	VALOR/ BALANCE	INTERES ANTICIPADO	USO DE OFICINA
		☐ Cheques ☐ Ahorros ☐ Otro (Especificar)		$	$	
		☐ Cheques ☐ Ahorros ☐ Otro (Especificar)		$	$	
		☐ Cheques ☐ Ahorros ☐ Otro (Especificar)		$	$	

BIENES RAÍCES:
Proporcione la información de cualquier bienes que tenga (tierra o construyendo) que usted actualmente posee.

MIEMBRO DE FAMILA	COMPLETA LA DIRECCION DE LA PROPIEDAD	CANTIDAD VALORIZADO	BALANCE DE HIPOTECA	SOSTENEDOR DE HIPOTECA

Nombre y dirección del sostenedor de hipoteca:

DESPOSEIMIENTO DE ACTIVOS:
¿Durante los últimos dos (2) años, algun miembro de la casa ha vendido, transferido o dado de otra manera bienes?
SI ☐ NO ☐ Fueron dados por menos del valor merecieron? SI ☐ NO ☐
Si usted contestó sí, a alguna de las dos preguntas llene lo siguiente:

DESCRIPCIÓN DEL ACTIVO	VALOR EN EFECTIVO *	CANTIDAD RECIBIDO	FECHA ELIMINADA
	$	$	
	$	$	

*El valor en efectivo es el valor comercial de los bienes menos los costos que resultan en la venta o en convertir uno de los bienes en efectivo. Tales costos incluyen: las penas para retirar fondos antes de madurez, los honorarios del banquero/legal para la venta o la conversión de bienes, transacciones de las propiedades inmobiliarias.

INFORMACIÓN DE GASTOS

GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS: Solamente ponga los gastos para ninos(as) de 12 anos y más joven, estos gastos **son** para que usted or algun otro miembro de la casa pueda trabajar o atender a la escuela.
Solamente lo que usted paga de su bolsillo.

NOMBRE Y DIRECCIÓN COMPLETA DE GUARDERIA	CANTIDAD POR HORA	HORAS POR SEMANA	USO DE OFICINA
	$		
	$		
Razón por gastos de cuidado de ninos(as)			

GASTOS MEDICOS: Llene esta sección si **la cabeza de familia** o **cónyuge tiene 62 años de edad o más o si es descapacitado.** Ponga sólo los gastos que usted paga de su bolsa. Marque "Sí" o "No" para cada artículo. **Si sí, ponga el nombre y dirección de quien recibe pago la cantidad.** La Publicación más actual de IRS 502, *Los Gastos Médicos y Dentales*, serán utilizados para determinar los costos que califican como gastos médicos. Los artículos mencionados son unos ejemplos de gastos médicos que son aceptados en la Publicación de IRS 502.

ARTICULO	SI NO	NOMBRE Y DIRECCION DE QUIEN USTED PAGA	CANTIDAD	USO DE OFICINA
Seguro de Enfermedad	☐ ☐		$	
Medicinas Recetadas y Insulina (las medicinas no sin receta)	☐ ☐		$	
Doctores	☐ ☐		$	
Dentista	☐ ☐		$	
Dentaduras	☐ ☐		$	

GASTOS MEDICOS CONTINUA:
Llene esta sección si **la cabeza de familia** o **cónyuge tiene 62 años de edad o más o si es descapacitado.**
Ponga sólo los gastos que usted paga de su bolsa. Marque "Sí" o "No" para cada artículo. **Si sí, ponga el nombre y dirección de quien recibe pago la cantidad.** La Publicación más actual de IRS 502, *Los Gastos Médicos y Dentales*, serán utilizados para determinar los costos que califican como gastos médicos. Los artículos mencionados son unos ejemplos de gastos médicos que son aceptados en la Publicación de IRS 502.

ARTICULO	SI	NO	NOMBRE Y DIRECCION DE QUIEN USTED PAGA	CANTIDAD	USO DE OFICINA
Lentes	☐	☐		$	
Aparato de Audicion	☐	☐		$	
Cirugía necesaria y procedimientos médicos	☐	☐		$	
Servicios de internación de centros médicos, cuidado a largo plazo, y servicios de enfermería de en-casa	☐	☐		$	
Gastos relacionados a el cuidado de alguien incapacitado incluyendo a un miembro de la familia que no los permita (inclusive miembro de la familia que esta incapacitado) trabajar.	☐	☐	Nombre y Dirección de Cuidador	$	
El aparato auxiliar que permitiría a la persona descapacitada a trabajar como sillones de ruedas, baston, las patinetas, rampas o equipo especial para los ciegos, equipo adicional para el coche y o para la ven que permita su uso por el miembro de la familia con una incapacidad, o con animales de servicio.	☐	☐	Nombre y Dirección de Cuidador	$	
Otro: (Los gastos médicos de la Publicación de IRS más reciente 502) :	☐	☐		$	
Otro: (Los gastos médicos de la Publicación de IRS más reciente 502) :	☐	☐		$	

APLICANTES DE VIVIENDAS PUBLICAS SOLAMENTE - REFERENCIAS DE PROPIETARIO

Ponga los tres (3) propietarios mas recientes en los ultimos (5) anos y proporciona su dirección completa.

NOMBRE	DIRECCION COMPLETA	DIRECCION COMPLETA DE PROPIETARIO	TELEFONO	CANTIDAD DE RENTA	FECHAS QUE VIVIÓ ALLÍ DE: A:
El Propietario Actual:					
Propietario Anterior:					
Propietario Anterior:					

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Ponga la información siguiente para cada vehículo de la casa.

MARCA	MODELO	ANO	COLOR	NUMERO DE PLACAS	ESTADO

ESTA PAGINA FUE DEJADA EN BLACNO A PROPOSITO

Certificación de Applicante de la Cuidad de Chandler

Yo/Nosotros certifican que la información dada a la Ciudad de Autoridades de Alojamiento de Velero en composición de casa, ingresos, gana neto activas de familia y concesiones y deduccione es exacto y completo al mejor de mi/nuestro conocimiento y creencia.

Yo/nosotros entiendo que las declaraciones falsas o la información son castigable conforme a la ley Federal. Y también entienden que las declaraciones falsas o la información son tierras para la terminación de alojar la ayuda y la terminación del arrendamiento.

¡**Advertencia**! EL TÍTULO 18, LA SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, DECLARA QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN CRIMEN PARA LA A SABIENDAS Y CON MUCHO GUSTO FABRICACIÓN DE DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Juro realmente por este medio y certifico que toda la información encima sobre mi casa y mí es verdadera y correcta. También entiendo que todos los cambios de miembros de casa o ingresos deben ser relatados a la Ciudad de Autoridades de Alojamiento de Velero **ESCRITO DENTRO DE DIEZ DÍAS** y esto sólo la gente puesta en una lista en esta declaración, cuando aprobado por la Agencia de Alojamiento puede residir en la unidad subvencionada.

Declaro bajo la pena del perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y el Estadode Arizona que la información contenida en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.

Firma de Cabeza de Casa	Fecha	Firma de otro adulto	Fecha
Firma de otro adulto	Fecha	Firma de otro adulto	Fecha

NOTA: Si una persona además del candidato/participante completa esta forma, por favor firme y complete la información representativa.

Nombre	Firma de representante	Fecha
Dirección, cuidad, estado, código postal	Numero de teléfono	Relación de Applicante /Participante
Relación de Applicante /Participante		

Regrese a:
City of Chandler Housing and Redevelopment
http://affordablehousing.chandleraz.gov
Ph. 480-782-3200 ♦ Fax 480-782-3220

Mailing Address:
Mail Stop 101, PO Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

Office Location:
235 S. Arizona Avenue
Chandler, AZ 85225

ESTA PAGINA FUE DEJADA EN BLACNO A PROPOSITO

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):
N.º de teléfono: **N.º de teléfono celular:**
Dirección de correo electrónico (si corresponde):
Relación con el solicitante:

Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)

- ☐ Emergencia
- ☐ No es posible comunicarse con usted
- ☐ Rescisión de la asistencia de alquiler
- ☐ Desalojo de la unidad
- ☐ Pago atrasado de la renta
- ☐ Ayuda con el proceso de recertificación
- ☐ Cambio en los términos del arrendamiento
- ☐ Cambio en las reglas de la casa
- ☐ Otro: _____

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 **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. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

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

Form. **HUD- 92006**

ESTA PAGINA FUE DEJADA EN BLACNO A PROPOSITO

AUTORIZACIÓN PARA
LA LIBERACION DÉ INFORMACION

Yo _____ por este medio doy mi permiso a la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler para obtener la información independiente sobre mí y mi familia para la determinación de la elegibilidad, el nivel apropiado de alojar ventajas y conveniencia en el Alojamiento de Estados Unidos y el Desarrollo Urbano ha asistido a programas de alojamiento. Expresamente, autorizo la liberación de la información de:

- Bancos y Otras Instituciones Financieras
- Oficinas de Crédito
- Tribunales
- Patrones Corrientes y Antiguos
- Propietarios Corrientes y Antiguos
- Medicina y/o Instalaciones de Tratamiento de Alcohol (limitado con la instalación que tiene la causa razonable de creer al candidato es contratado actualmente en el uso ilegal de sustancia controlada)
- Abastecedores Médicos
- el Centro de Información de Delito Nacional, Departamentos de Policía, y otras agencias de aplicación de la ley
- Abastecedores de: Pensión alimenticia, Puericultura, Apoyo de Niño, Ayuda de Invalidez y Asistencia Médica
- Escuelas y Colegios
- Administración de Seguridad Social estadounidense
- Departamento estadounidense de Asuntos Veteranos
- Compañías de Utilidad
- Otro:_____

Estoy de acuerdo que la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler puede usar fotocopias de esta autorización de acompañar sus peticiones de la información. Entiendo que la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler solicita documentos para verificar la elegibilidad, y el nivel de ventajas y conveniencia bajo HUD ha asistido a programas de alojamiento, incluso fuentes de ingresos y activos, salarios y reclamaciones de paro, información de declaración de renta, identificación y composición de la casa, alojando la historia. La División de viviendas de la cuidad de Chandler reconoce que la responsabilidad al grado proporcionado según la ley protege la información que esto recibe en la determinación de la elegibilidad del participante / del candidato para alojar la ayuda. Esta forma es válida durante quince (15) meses de la fecha de la firma del candidato/participante.

_____	_____	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Firma de candidata/participante	Fecha	Seguro Social
_____	_____	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Firma de otro miembro de familia mayor de 18 años	Fecha	Seguro Social
_____	_____	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Firma de otro miembro de familia mayor de 18 años	Fecha	Seguro Social
_____	_____	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Firma de otro miembro de familia mayor de 18 años	Fecha	Seguro Social

Mailing Address:
Mail Stop 101, PO Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

City of Chandler Housing and Redevelopment
http://affordablehousing.chandleraz.gov
Ph.(480)782-3200◆Fax (480)-782-3220

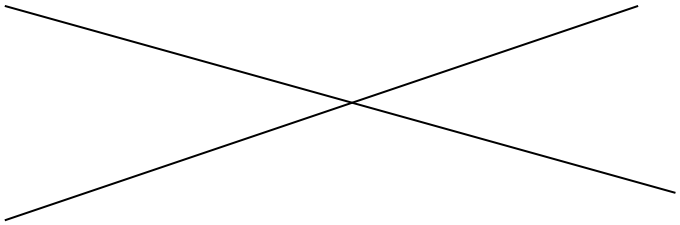
Office Location:
235 S. Arizona Avenue
Chandler, AZ 85225

ESTA PAGINA FUE DEJADA EN BLACNO A PROPOSITO

Autorización para la Divulgación de información / Notificación de la Ley de privacidad

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

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.
Oficina de Vivienda Pública e Indígena

PHA que solicita divulgación de información; **(Tachar el espacio si no hay)** (Dirección completa, nombre de persona de contacto y fecha)	IHA que solicita divulgación de información: **(Tachar el espacio si no hay)** (Dirección completa, nombre de persona de contacto y fecha)
City of Chandler Housing and Redevelopment Mail Stop 101 P.O. BOX 4008 Chandler, AZ 85244	

Autoridad: La Sección 904 de las Enmiendas a la Ley Stewart B. McKinney de Asistencia para las Personas sin Hogar de 1988, según enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria de 1993. Esta ley se encuentra en el Título 42 del U.S.C. [Código de los EE.UU.] 3544.

Esta ley requiere que usted firme un formulario de consentimiento que da autorización para que: (1) HUD y la Agencia/Autoridad de Vivienda (HA) soliciten la verificación de salarios y sueldos de empleadores actuales o previos; (2) HUD y la HA soliciten información sobre reclamaciones de sueldo y de compensación por desempleo de la agencia estatal responsable de mantener dicha información; (3) HUD solicite cierta información sobre la declaración de impuestos de la Administración de Seguro Social de los EE.UU. y del
Servicio de Impuestos Internos de los EE.UU. La ley también requiere la verificación independiente de la información sobre los ingresos. Por lo tanto, HUD o la HA puede solicitar información a instituciones financieras para verificar su elegibilidad y niveles de beneficios.

Propósito: Al firmar este formulario de consentimiento, usted está autorizando a HUD y a la HA arriba mencionada para solicitar información sobre los ingresos a las fuentes nombradas en el formulario. HUD y la HA precisan esta información para verificar los ingresos de su hogar con el fin de asegurarse de que usted sea reúne los requisitos para recibir beneficios de asistencia de vivienda y que dichos beneficios estén fijados al nivel correcto. Es posible que HUD y la HA participen en programas de asociación con computadoras con estas fuentes para verificar su elegibilidad y los niveles de beneficios.

Usos de la información a ser obtenida: HUD está obligado a proteger la información que obtiene sobre los ingresos de acuerdo a lo dispuesto en la Ley de Privacidad de 1974, Título 5 del U.S.C. 552a. HUD puede divulgar información (que no sea información sobre la declaración de impuestos) para ciertos usos rutinarios, tales como a otras agencias gubernamentales para fines del orden público, a agencias federales para fines de idoneidad de empleo y a las HA para fines de determinar la asistencia para la vivienda. La HA también está obligada a proteger la información que obtiene sobre la vivienda de acuerdo a lo dispuesto en cualquier ley estatal sobre la privacidad aplicable. Los empleados de HUD y la HA pueden estar sujetos a multas por divulgaciones no autorizadas o indebidas de la información sobre los ingresos que se obtiene basadas en el formulario de consentimiento. **Los propietarios privados no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

Quién debe firmar este formulario de consentimiento: Cada miembro de su hogar de 18 años de edad o mayor debe firmar el formulario de consentimiento. Se deben obtener firmas adicionales de nuevos miembros adultos que se unen al hogar, o cada vez que los miembros del hogar cumplan los 18 años de edad.
Las personas que solicitan o reciben asistencia bajo los siguientes programas están obligadas a firmar este formulario de consentimiento:

Vivienda pública de alquiler perteneciente a la PHA
Oportunidades para compradores de vivienda Llave en mano III
Oportunidad para compradores de vivienda de ayuda mutua Vivienda alquilada de la Sección 23 y 19(c) Pagos de asistencia para la vivienda de la Sección 23 Vivienda de alquiler para indígenas de propiedad de la HA
Certificado de alquiler de la Sección 8 Vale de alquiler de la Sección 8
Rehabilitación moderada de la Sección 8

Si no se firma el formulario de consentimiento: Si usted no firma el formulario de consentimiento es posible que se le deniegue su elegibilidad o se pueden dar por terminados sus beneficios de asistencia para la vivienda, o ambos. La denegación de elegibilidad o la terminación de beneficios están sujetos a los trámites de queja de la HA y a los trámites de audiencia informal de la Sección 8.

Fuentes de información a ser obtenida
Agencias de recolección de información sobre salarios del estado. (Este consentimiento está limitado a salarios y compensación por desempleo que he recibido durante período(s) de tiempo dentro de los últimos cinco años cuando he recibido beneficios de asistencia para la vivienda).

Administración del Seguro Social de los EE.UU. (solamente HUD) (Este consentimiento está limitado a la información sobre salario y trabajo por cuenta propia y pagos de ingresos de jubilación según la referencia en la Sección 6103(l)(7)(A) del Código Fiscal).

Servicio de Impuestos Internos de los EE.UU. (solamente HUD) (Este consentimiento está limitado a ingresos no devengados \ [es decir, intereses y dividendos]).

También se puede obtener información directamente: (a) de empleadores actuales y antiguos con respecto a salario y sueldos y, (b) de instituciones financieras con respecto a ingresos no devengados (es decir, intereses y dividendos). Entiendo que la información sobre ingresos obtenida de estas fuentes será utilizada para verificar la información que proporciono con el fin de determinar si reúno los requisitos para los programas de asistencia de vivienda y el nivel de los beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento solo autoriza la divulgación directamente de empleadores e instituciones financieras de información relativa a todo período dentro de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia de vivienda

Consentimiento: Consiento en permitir que HUD o la HA solicite y obtenga información sobre ingresos de las fuentes nombradas en este formulario para los fines de verificar mi elegibilidad y nivel de beneficios bajo los programas de asistencia de vivienda de HUD. Entiendo que las HA que reciban información sobre ingresos bajo este formulario de consentimiento no pueden utilizarla para denegar, reducir o dar por terminada la asistencia sin primero verificar independientemente lo que fue la cantidad, si de hecho tuve acceso a los fondos y cuando se recibieron los fondos. Además, se me debe dar la oportunidad para disputar dichas determinaciones.

Este formulario de consentimiento vence 15 meses después de haberse firmado.

Firmas:

Jefe de familia	Fecha		
Número del Seguro Social (si lo hay) del Jefe de familia		Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
Cónyuge	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha
Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha	Otros miembros de la familia mayores de 18 años	Fecha

Notificación de la Ley de privacidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado para reunir esta información en virtud de la Ley de la Vivienda de los EE.UU. de 1937 (Título 42 del U.S.C. 1437 y siguientes). Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título 42 del U.S.C. 2000d), y por la Ley de Equidad en la Vivienda (Título 42 del U.S.C 3601-19). La Ley de la Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (Título 42 del U.S.C. 3543) requiere que los solicitantes y participantes presenten el Número del Seguro Social de cada miembro del hogar de seis años de edad o mayor. Propósito: HUD está reuniendo información sobre sus ingresos y otra información para determinar su elegibilidad, el tamaño apropiado del dormitorio (es decir, la recámara) y la cantidad que pagará su familia por el alquiler y los servicios públicos. Otros usos: HUD utiliza la información sobre ingresos familiares y otra información para ayudar con la gestión y vigilancia de los programas de asistencia de vivienda de HUD, para proteger los intereses financieros del gobierno y para verificar la precisión de la información que usted provee. Esta información puede ser divulgada a agencias federales, estatales y locales correspondientes cuando sea relevante, y a investigadores civiles, penales o regulatorios y a fiscales. Sin embargo, la información no será de otra forma divulgada o revelada fuera de HUD, con excepción de lo que permita o requiera la ley. Multa: Usted debe proveer toda la información solicitada por la HA, la cual incluye todos los Números del Seguro Social que usted y todos los demás miembros del hogar de seis años de edad o mayores tengan o utilicen. Es obligatorio proveer los Números del Seguro Social de todos los miembros del hogar de seis años de edad o mayores, y el no proporcionar los Números del Seguro Social afectará su elegibilidad. El no proveer cualquier parte de la información solicitada puede causar una demora o rechazo de la aprobación de su elegibilidad.

Multas por el uso ilícito de este consentimiento:

HUD, la HA y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD, la HA o el propietario) puede estar sujeto a multas por divulgaciones no autorizadas o uso improcedente de la información reunida basada en el formulario de consentimiento.

El uso de la información reunida basada en el formulario HUD 9886 está limitado a los fines citados en el formulario HUD 9886. Cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente obtiene o divulga información alguna de manera fraudulenta relacionada a un solicitante o participante puede estar sujeta a delito menor y multada por no más de $5,000.

Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede entablar una acción civil por daños y perjuicios y solicitar otra reparación, según corresponda, contra el funcionario o empleado de HUD, de la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso improcedente.

Original is retained by the requesting organization. ref. Handbooks 7420.7, 7420.8, & 7465.1 form **HUD-9886** (7/94)

U.S. Department of Housing and Urban Development

Office of Public and Indian Housing (PIH)

RHIIP

RENTAL HOUSING INTEGRITY IMPROVEMENT PROJECT

Lo que usted debe Saber sobre EIV

Una guía para inquilinos & de solicitantes de vivienda pública y programas de la sección 8

¿Qué es EIV?

El sistema de verificación de renta de Enterprise (EIV) es un sistema informático basado en web que contiene información de empleo y los ingresos de las personas que participan en programas de asistencia de alquiler de HUD. Todas agencias de vivienda pública (PHAs) son necesarios para utilizar el sistema EIV de HUD.

¿Qué información se encuentra en EIV y dónde procede?

HUD obtiene información acerca de usted de su PHA local, la administración de seguro social (SSA) y U.S. Departamento de salud y servicios humanos (HHS).
HHS ofrece HUD con salario y la información de empleo, según lo informado por los empleadores; y la información de compensación por desempleo, según lo informado por la Agencia Estatal de la fuerza laboral (SWA).

SSA ofrece HUD con la muerte, la seguridad social (SS) y la información de ingresos de seguridad suplementarios (SSI).

¿Qué se usa la información de EIV?

En primer lugar, la información es utilizada por la PHAs (y agentes de administración contratados por PHAs) para los siguientes fines para:

1. Confirmar su nombre, fecha de nacimiento (DOB) y número de seguro Social (SSN) con SSA.
2. Compruebe sus fuentes indicaron que su ingreso y cantidades.
3. Confirmar su participación en un único HUD alquiler asistencia programa.
4. Confirmar si usted debe una deuda pendiente a cualquier PHA.
5. Confirmar cualquier Estado negativo si ha movido de una unidad subvencionada (en el pasado) bajo el programa de vivienda pública o de la sección 8.
6. Seguimiento con usted, a otros miembros adultos del hogar o a su contacto de emergencia lista con respecto a miembros fallecidos por hogar.

EIV enviará una alerta su PHA si usted o alguien de su hogar ha utilizado un SSN falsa, no se pudo obtener información de ingresos completa y precisa de informe, o está recibiendo asistencia de alquiler en otra dirección. ***Recuerde que puede recibir asistencia de alquiler en sólo una casa!***

EIV que también alertas de PHAs si debemos una deuda pendiente a cualquier PHA (en cualquier Estado o territorio) y ningún Estado negativo cuando usted voluntariamente o involuntariamente se mueve fuera de una unidad subvencionada bajo el programa de vivienda pública o de la sección 8. Esta información se utiliza para determinar su elegibilidad para asistencia de alquiler en el momento de la aplicación.
La información en EIV es también utilizada por HUD, Oficina del Inspector General (OIG de HUD) y auditores para garantizar que su familia y PHAs se cumplan con las reglas de HUD.

En general, el propósito de EIV es identificar y prevenir el fraude dentro de programas de asistencia de alquiler de HUD, por lo que los dólares del contribuyente limitada pueden ayudar a tantas familias elegibles como sea posible. EIV ayudará a mejorar la integridad de los programas de asistencia de alquiler de HUD.

¿Es mi consentimiento necesario para información a ser obtenida acerca de mí?

Sí, se requiere su consentimiento a fin de que HUD o el PHA para obtener información acerca de usted. Por ley, se requiere firmar uno o varios formularios de consentimiento. Cuando usted firma un formulario de HUD-9886 *(Ley Federal de confidencialidad y autorización para la publicación de información)* o un PHA formulario de consentimiento (que cumple con los estándares de HUD), está dando HUD y la PHA su consentimiento para ellos obtener información acerca de usted con el fin de determinar su elegibilidad y el importe de la ayuda de alquiler. Se utilizará la información recopilada sobre usted sólo para determinar su elegibilidad para el programa, usos adicionales a menos que usted da su consentimiento por escrito a autorizar, de la información por la PHA.

Nota: Si usted o cualquiera de los miembros de su hogar adultos se niegan a firmar un formulario de consentimiento, su solicitud de asistencia de alquiler inicial o continua puede ser denegado. Usted también puede ser terminado desde el programa de asistencia de alquiler de HUD.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Como un inquilino (participante), de un programa de asistencia de alquiler de HUD, usted y cada miembro adulto del hogar deben revelar información completa y precisa a la PHA, incluyendo nombre completo, SSN y DOB; la información de ingresos; y certifica que su hogar denunciado composición (los miembros del hogar), ingresos y gastos información es fiel a lo mejor de su conocimiento.

Recuerde, usted debe notificar a su PHA si muere o se mueve de un miembro de hogar. También debe obtener la PHA de la aprobación para permitir que otros miembros de la familia o amigos mover en su casa **antes de** que se les moviéndose en.

¿Cuáles son las sanciones por proporcionar información falsa?

Proporcionar deliberadamente falsa, inexacta, o información incompleta es ***fraude*** *y una* ***delincuencia***.

Si se cometen fraude, usted y su familia pueden estar sujetos a cualquiera de las siguientes sanciones:

1. Desalojo
2. Terminación de la asistencia
3. Reembolso de alquiler que usted debe ha pagado había le informó de su ingreso correctamente
4. Prohibición de recibir asistencia de alquiler futuro durante un período de hasta 10 años
5. Acusación por el fiscal federal, estatal o local, que puede resultar en que ser multado con hasta 10.000 dólares y de la hora de servir en la cárcel.

Protegerse por HUD siguiente requerimientos de reporting. Al completar aplicaciones y reexaminations, debe incluir todas las fuentes de ingresos que recibe de usted o cualquier miembro de su hogar.

Si tienes alguna pregunta sobre si se debe contar dinero recibido como ingresos o cómo se determina su alquiler, **pedir su PHA**. Cuando ocurren cambios en su ingreso familiar, **póngase en contacto con su PHA inmediatamente** determinar si esto afectará su asistencia de alquiler.

¿Qué hago si la información de EIV es incorrecta?

A veces la fuente de información de EIV puede hacer un error al enviar o información acerca de usted. Si no está de acuerdo con la información de EIV, saber su PHA.
Si es necesario, su PHA pondremos en contacto con la fuente de la información directamente para verificar la información de la disputa de los ingresos. A continuación se encuentran los procedimientos que usted y el PHA deben seguir con respecto a información incorrecta de EIV.

Deudas deben a PHAs e información de terminación informó en EIV se origina enla PHA que le proporcionaron ayuda en el pasado. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con su ex PHA directamente por escrito a la disputa de esta información y proporcionar toda la documentación que sea compatible con la disputa. Si el PHA determina que la información disputada es incorrecta, el PHA se actualizar o eliminar el registro de EIV.

Empleo y información de salario informó en EIV se origina en el empleador. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el empleador por escrito a la disputa **y** solicitud de corrección de la disputa de empleo y/o la información de salarios. Proporcionar su PHA con una copia de la carta que envió a su empleador. Si no puede obtener el empleador para corregir la información, ponerse en contacto con el SWA para asistencia.

Desempleo beneficiarse de información informó en EIV se origina en la SWA. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el SWA por escrito a la disputa **y** solicitud de corrección de la información de beneficios de desempleo disputa. Proporcionar su PHA con una copia de la carta que envió a la SWA.

Información de beneficio de muerte, SS y SSI informó en EIV se origina del SSA. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el SSA en 772–1213 (800), o visite su sitio Web en: www.socialsecurity.gov. Que necesite visitar su oficina local de la SSA para han cuestionado la muerte información corregida.

Verificación adicional. El PHA, con su consentimiento, podrá presentar un formulario de verificación de terceros para el proveedor (o reportero) de sus ingresos para su terminación y presentación a la PHA.

También puede proporcionar la PHA con documentos de terceros (es decir, Wikipedia: Esbozo de remuneración, beneficio cartas de premio, extractos bancarios, etc.) que puede tener en su posesión.

Robo de identidad.EIV desconocido información le puede ser un signo de robo de identidad. A veces alguien puede utilizar su SSN, a propósito o por accidente. Por lo tanto, si sospecha que alguien está usando su SSN, debe comprobar los registros de seguridad social para garantizar que sus ingresos se calculan correctamente (llamar a la SSA al (800) 772-1213); archivo de una denuncia de robo de identidad con su departamento de policía local o la Comisión Federal de comercio (llamada FTC al (877) 438-4338, o usted puede visitar su sitio Web en: http://www.ftc.gov) . Proporcionar su PHA con una copia de su queja de robo de identidad.

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

Su PHA puede proporcionarle información adicional sobre EIV y el proceso de verificación de ingresos. También puede leer más sobre EIV y la verificación de ingresos procesan en del HUD públicas y vivienda de India de EIV de páginas web en: http://www.hud.gov/offices/pih/programs/ph/rhiip/uiv.cfm .

La información de esta guía se refiere a los solicitantes y participantes (inquilinos) de los siguientes programas de asistencia de alquiler de HUD-PIH:

1. Público de vivienda (24 CFR 960); y
2. Sección 8 Housing Choice Voucher (VHC), (24 CFR 982); y
3. La sección 8 de rehabilitación moderada (24 CFR 882); y
4. Basado en el proyecto vale (24 CFR 983)

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

_____ Firma	_____ Fecha
_____ Firma de Miembro de Famila mayor de 18 anos	_____ Fecha
_____ Firma de Miembro de Famila mayor de 18 anos	_____ Fecha
_____ Firma de Miembro de Familia mayor de 18 anos	_____ Fecha
_____ Firma de Miembro de Familia mayor de 18 anos	_____ Fecha