

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO

Utilice este formulario para reportar todos los cambios relacionado con su paquete de aplicación. Por favor, marque los cambios apropiados y responda TODAS las preguntas. Si la pregunta no aplica, favor de indicar "No Aplicable".

Cabeza de Familia: _____ No. de Teléfono: _____

Dirección: _____

Explique el cambio: _____

¿Nombre a quien el cambio afecta? _____ Fecha de inicio: _____

1. **EMPLEO:** ☐ Inicio ☐ Terminó ☐ Horas/cambio de salario ☐ No Aplicable

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____ Cantidad Nueva: \$ _____

☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Quincenal

☐ Inicio ☐ Terminó ☐ Horas/cambio de salario ☐ No Aplicable

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____ Cantidad Nueva: \$ _____

☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Quincenal

2. **¿Estás matriculado como estudiante de tiempo completo?** ☐ No ☐ Sí De ser así, ¿Donde?

3. **Cuido de Niños** ☐ Inicio ☐ Terminó ☐ Cantidad Nueva ☐ No Aplicable

Nombre del Proveedor: _____ Cantidad: \$ _____

Dirección y Teléfono: _____ ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Quincenal

4. **Asistencia en Efectivo – TANF:**

☐ Cantidad Previa: \$ _____

☐ Cantidad Nueva: \$ _____

☐ No Aplicable

5. **SSI – SSP – Seguro Social:**

☐ Cantidad Previa: \$ _____

☐ Cantidad Nueva: \$ _____

☐ No Aplicable

6. **Compensación por Despido:** ☐ Inicio ☐ Terminó ☐ No Aplicable

7. **Manutención de Niños o Manutención Conyugal:**

☐ Orden de la Corte ☐ Voluntaria ☐ Inicio ☐ Terminó ☐ No Aplicable

8. **PENSIÓN:** \$ _____ por _____ ☐ Aumento ☐ Inicio ☐ Terminó ☐ No Aplicable

9. **REMOVER o AÑADIR un miembro:** (Recibirá intrusiones adicionales de la Oficina de Solicitudes para Inquilino)

Nombre y Apellido: _____ ☐ Adulto ☐ Menor ☐ No Aplicable

Relación: _____ No. de Teléfono: _____

10. **¿RECIBE DINERO O REGALOS DE UNA PERSONA QUE NO VIVE EN SU HOGAR?**

Esta asistencia incluye, pero no se limita a, cónyuge, padres, abuelos, tías, tíos, hijos adultos.

☐ Inicio ☐ Terminó ☐ No Aplicable

Nombre del contribuidor: _____ Cantidad: \$ _____

Dirección y Teléfono: _____ ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Quincenal ☐ Mensual

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME:

Yo certifico que las declaraciones en este Formulario de Solicitud de Cambio son verídicas y correctas según mi entendimiento. Yo comprendo que las declaraciones serán verificadas. Yo comprendo que cualquier declaración falsa en este Paquete de Aplicación pudiera causarme ser castigado/a bajo la ley federal y descalificado para Admisión o Ocupación Continua. Yo comprendo que todos los cambios financieros y cualquier cambio en la estructura familiar deben ser reportados a la Autoridad de Vivienda de Reading dentro de **diez (10) días** en que ocurrió el cambio(s) ocurrió.

Firma de Cabeza de Familia

Fecha

Puede enviar este documento en persona, correo electrónico, fax o documentos por correo, llame para verificar la recepción.

Reading Housing Authority • Housing Choice Voucher Program (Section 8)

• 400 Hancock Blvd • Reading, PA 19611 • Phone 610-373-5088 • Fax 610-373-4260