



PAQUETE DE APLICACIONES

Autoridad de Vivienda de Reading
INFORMACIÓN FAMILIAR

RHA Use Only

- PH BR _____
- HCV
- No Trespassing
- Other _____

Date: _____

- Annual Interim
- Recert. Increase
- Decrease

IMPORTANTE:

Solamente usar tinta azul o negra. Usted debe traer este paquete **completado** a la oficina. Este formulario debe ser firmado por cada adulto en la oficina.

Nombre de Cabeza de Familia (HOH): _____

Dirección actual: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

(Dirección Postal si varía): _____

No. Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Liste todos los miembros comenzando con la cabeza de familia.

	Nombre y Apellido	Fecha De Nac.	Sexo M/F	Numero de Seguro Social	Relación con HOH	Persona con discapacidad Si/No	Tenant Placement Office Use ONLY
H					HOH		<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
2							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
3							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
4							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
5							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
6							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
7							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
8							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
9							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card
10							<input type="checkbox"/> SS Card <input type="checkbox"/> B. Cert <input type="checkbox"/> PA .I.D. <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Medical Card



Autoridad de Vivienda de Reading
INFORMACIÓN FAMILIAR

Si usted o algún miembro de su familia está discapacitado/a:

1. ¿Usted requiere algún cambio de alguna regla, póliza, práctica o servicio en orden de obtener igualdad de oportunidad de éste programa? No Si

De ser así, explique: _____

¿Recibió usted los formularios necesarios para solicitar el cambio? N/A No Si

2. ¿Usted o algún adulto de su familia desea inscribirse para votar? No Si
 Registrado/a

3. ¿Usted espera algún cambio en su estructura familiar? No Si
De ser así, explique: _____

4. ¿Usted tiene una mascota? (Límite (1) una mascota por hogar) _____ No Si

5. ¿Usted o algún miembro de su familia es dueño de alguna propiedad en los Estados Unidos o algún otro país? No Si
De ser así, ¿Cuál es la dirección? _____

6. ¿Usted o algún miembro de su familia vendió alguna propiedad en los pasados dos (2) años? No Si
De ser así, ¿cuál fue la cantidad por la cual se vendió? _____ \$ _____



**Autoridad de Vivienda de Reading
INGRESO Y BIENES**

	¿Algún miembro en su familia esta...	Si o No	Nombre del miembro de familia	¿Dónde?	¿Cantidad de Ingreso?	Frecuencia: Semanal/ Quincenal/ Semi mensual/ Mensual/ Anual
1	Trabajando?		_____	_____	_____	
2	Recibiendo ingreso por Entrenamiento de Trabajo o Programa Educativo?					
3	Trabajo Propio?					
4	Recibiendo Seguro Social, SSI o SSD?					
5	Recibiendo SSP?			PA – Departamento de Servicios Humanos (DHS)		
6	Recibiendo Cupones de Alimentos?			PA – Departamento de Servicios Humanos (DHS)		
7	Recibiendo Asistencia en Efectivo?			¿Algún miembro adulto esta sancionado? ○ No ○ Si		
8	Recibiendo Manutención por los hijos a través de DHS?			PA – Departamento de Servicios Humanos (DHS)		
9	Recibiendo Manutención por los hijos?			Doméstico ○ No ○ Si Voluntario ○ No ○ Si		
10	Recibiendo Pensión Conyugal?					
11	Recibiendo dinero o regalías de una persona que no vive en su hogar?					
12	Recibiendo compensación por desempleo?					
13	Recibiendo A anualidades, Jubilación o Pensión?					
14	Recibiendo compensación de trabajadores?					
15	Recibiendo Compensación por despido?					



**Autoridad de Vivienda de Reading
INGRESOS Y BIENES**

	¿Algún miembro en su familia esta...	Si o No	Nombre del miembro de familia	¿Dónde?	¿Cantidad de Ingreso?	Frecuencia: Semanal/ Quincenal/ Semi mensual/ Mensual/ Anual
16	Recibiendo Ingreso de Alquiler?					
17	Recibiendo Pagos de las Fuerzas Armadas?					
18	Recibe pagos de lotería o juegos de apuestas?					
19	Otros Ingresos?					

	¿Algún miembro en su familia tiene...	Si o No	Nombre del miembro de familia	¿Dónde?	¿Valor?
1	Cuenta(s) de Ahorros?				
2	Cuenta(s) de Cheque?				
3	Fondo Fiduciario?				
4	Equidad de propiedad(es) de alquiler u otras inversiones de capital?				
5	Acciones, Bonos o Pago de Tesoros?				
6	Certificado de Deposito(s)?				
7	Fondo de mercado monetario?				
8	Algún fondo de jubilación o pensión?				
9	Has recibido algún pago global o suma de dinero?				
10	Seguro de vida entera?				
11	Otros bienes de o sobre \$5,000?				



**Autoridad de Vivienda de Reading
SUBSIDIOS & DEDUCCIONES**

1. Subsidios para Edad Avanzada/Discapacidad (\$400 por familia):

¿Algún miembro en su familia es...		Nombre del miembro de familia
62 años de edad o mayor?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Persona con discapacidad?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	

Si respondió "NO" a las preguntas previas diríjase a la pregunta #4

2. Información de Seguro Medico:

¿Algún miembro de su familia paga alguna cuota de...		¿De ser así, cuanto es su cuota mensual?
Seguro Medico?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	\$
MAWD? (Asistencia medica para trabajadores con discapacidad)	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	\$
Deducción medica?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	\$
Plan de receta medica?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	\$

3. Deducción Medica (Exceso de un 3% de ingreso bruto):

¿Que ha pagado la familia o anticipa pagar en los próximos 12 meses?				
a.) ¿Pagos no reembolsados de <u>TODAS</u> las visitas medicas?				
<input type="radio"/> No	Miembro de familia:	¿Ha quien está pagando?	¿Costo actual?	¿Costo anticipado?
<input type="radio"/> Si			\$	\$
b.) ¿Medicamentos recetados no reembolsados?				
<input type="radio"/> No	Miembro de familia:	¿Ha quien está pagando?	¿Costo actual?	¿Costo anticipado?
<input type="radio"/> Si			\$	\$
c.) ¿Gastos dentales, lentes y baterías para audífonos no reembolsados?				
<input type="radio"/> No	Miembro de familia:	¿Ha quien está pagando?	¿Costo actual?	¿Costo anticipado?
<input type="radio"/> Si			\$	\$
d.) ¿Transportación a facilidades para tratamiento médico no reembolsado?				
<input type="radio"/> No	Miembro de familia:	¿Ha quien está pagando?	¿Costo actual?	¿Costo anticipado?
<input type="radio"/> Si			\$	\$

4. Gastos de Asistencia por Discapacidad (Exceso de 3% de ingreso anual bruto)

¿Algún miembro de familia paga <u>cuidado auxiliar</u> y/o <u>dispositivo médico</u> por un miembro de familia con discapacidad que permite algún miembro trabajar?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
¿De ser así, cuanto usted anticipa pagar?	\$



Autoridad de Vivienda de Reading
SUBSIDIOS Y DEDUCCIONES

5. Subsidio de Dependiente (\$480 cada uno):

¿Algún miembro de familia mayor de 18 años de edad es estudiante tiempo completo?
De ser así, nombre del miembro: _____ No Si
Nombre de la escuela: _____

6. Gastos de Cuido de Niños (Razonable):

¿Algún miembro de familia paga cuido de niños menores de 13 años de edad, necesario para permitir que un miembro de familia busque activamente un empleo, esté empleado o continúe su educación?
De ser así, nombre del miembro: _____ No Si
Nombre y dirección del proveedor de cuido: _____
Cantidad de pago y frecuencia: \$ _____

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME

Yo certifico que las declaraciones en este Paquete de Aplicación 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 u 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 por escrito dentro de **diez (10) días** que ocurrió el cambio(s).

Firma de Cabeza de Familia _____ Fecha _____

Otro miembro mayor de 18 años de edad _____ Fecha _____

Otro miembro mayor de 18 años de edad _____ Fecha _____

Otro miembro mayor de 18 años de edad _____ Fecha _____

Advertencia: 18 U.S.C 1001 provee, entre otras cosas, que quienquiera a sabiendas y voluntariamente haga o use un documento o escritura que contenga una declaración o entrada falsa, ficticia o fraudulenta en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de un departamento o agencia de los Estados Unidos será multado no mas de \$10,000 o encarcelado por no mas de cinco (5) años o ambos.

Advertencia: Título 18 Sección 4904 del código del Estado de Pennsylvania, establece que una persona es culpable de un delito cuando a sabiendas y deliberadamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a las autoridades.

La información subministrada a la Autoridad de Vivienda de Reading por los miembros de la familia sobre la estructura familiar, ingreso, bienes familiares, subsidio y deducciones serán verificadas como lo requiere la Ley Federal. Yo certifico, que después de la verificación conducida por esta Agencia de Vivienda, la información será enviada al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano HUD-50058 (resumen de datos del inquilino).

Firma del Especialista de Vivienda _____ Fecha _____