BOSTON HOUSING AUTHORITY (BHA) – SOLICITUD PRELIMINAR PARA VIVIENDAS

Nombre del Jefe(a) de Familia (Por favor escriba en letra de imprenta) (Note: Debe tener 18 años o más o ser un menor emancipado(a)

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Nombre del Co-Jefe(a) de Familia (Note: Debe tener 18 años o más y tendrá los mismos derechos a la solicitud)

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Dirección para correspondencia

Calle # de Apto.

Ciudad Estado Código Postal

Dirección donde vive actualmente (si es diferente a la de arriba): _____

Teléfono de Día: (____) _____- _____ Teléfono de Noche: (____) - _____ Lenguaje que Habla:_____ Lenguaje que Lee:_____

Deseo solicitar para el programa de viviendas públicas (marque uno o ambos y complete los formularios de selección de viviendas):

☐ **Viviendas Públicas Familiares**

☐ **Viviendas Públicas para Ancianos/Discapacitados**: para calificar para este programa, usted debe tener 60 años o más para los programas estatales, y tener 62 años o más para los programas federales; o ser discapacitado(a) como es definido por la Administración del Seguro Social o regulaciones federales.

Para solicitar para los siguientes programas de Sección 8. usted debe calificar como un Solicitante de Prioridad Uno a partir de la fecha que usted sometió su solicitud. (Marque uno o ambos y complete los formularios de selección de viviendas):

☐ Vale de Selección de Viviendas (Sección 8) Rehabilitación Moderada

☐ Vale de Selección de Viviendas (Sección 8) Basado en Proyectos

X Vale de Selección de Viviendas (Sección 8) Basado en el inquilino está **cerrado**.

Composición Familiar. Pida una hoja adicional si usted tendrá más de 5 miembros de familia.

Por favor liste todos los individuos **que vivirán** con usted si se le proporciona vivienda de BHA. Para los programas para ancianos/discapacitados, el tamaño de la familia no puede exceder el número de personas que pueden ocupar legalmente un apartamento de dos dormitorios.

	Primer Nombre	Inicial del Segunda Nombre	Apellido	Relación a el/la Jefe(a) de Familia	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Edad	# de Seguro Social	Discapacitado(a) Sí/No	Raza – Vea Códigos*	¿Hispano/Latino? Sí/No	Ciudadano de EEUU Sí/No	Si no lo es # de su registro de Inmigrante	Fuentes de Ingreso Económico **	Ingreso Bruto Anual	Valor de Bienes
1				Jefe(a)		/ /		- -								
2				Co-Jefe(a)		/ /		- -								
3						/ /		- -								
4						/ /		- -								
5						/ /		- -								

Por favor responda las siguientes preguntas: Si la respuesta no le aplica escriba N/A

1. Un miembro de la familia es un individuo discapacitado(a) cuya discapacidad requiere características especiales en la vivienda como acceso por silla de ruedas, unidad en un primer piso, acomodaciones auditivas o para ceguera, etc. **Si la respuesta es sí, por favor identifique el miembro de la familia e indique las acomodaciones necesarias:**_____ **Necesita una unidad accesible por silla de ruedas?** Sí ( ) No ( )

2. Mi familia tiene gastos especiales como gastos médicos, cuidado de niños, cuidado de un miembro de familia discapacitado(a) y/o pagos de manutención obligatorios. $_____

3. ¿Alguna ves usted o su Co-Jefe(a) de familia han sido desalojados de BHA o cualquier Programa de Vivienda Subsidiada? Sí ( ) No ( ) **Si respondió sí,** ¿de donde y cuando?_____

4. ¿Usted o su Co-Jefe(a) de familia deben algún dinero a BHA u otros Programas de Vivienda o Programas de Sección 8? Sí ( ) No ( ) Si respondió sí, ¿de donde y cuanto deben usted o su Co-Jefe de familia? _____

5. ¿Usted o alguien en su familia está(n) registrado(s) como ofensor sexual **de por vida**? Sí ( ) No ( ) Nombre del Miembro(s) de la familia_____

6. ¿Usted o alguien de su familia ha(n) sido **declarado(s) culpable(s)**, de un crimen? Sí ( ) No ( ) Nombre del Miembro(s) de la familia_____

7. ¿Usted o alguien de su familia ha(n) sido **declarado(s) culpable(s)** por producir metanfetaminas? Sí ( ) No ( ) Nombre del Miembro(s) de la familia_____

8. Un miembro de la familia está embarazada con fecha de parto:_____

Notas: Si usted cambia su dirección, número de teléfono, o composición familiar, por favor notifíquele a BHA inmediatamente POR ESCRITO, a: BHA, John F Murphy Housing Service Center (Centro de Atención de Vivienda), 56 Chauncy Street, Boston, MA 02111.

Sello con nombre completo del personal de BHA y fecha aquí ↓

***Códigos de raza – usted debe elegir uno de estos códigos: 1 = Blanco 2 = Negro 3 = Nativo Americano/Nativo de Alaska 4 = Asiático/de las islas del Pacífico**

****Fuentes de Ingreso Posibles:** Empleo, TAFDC, EAEDC, Seguro Social, SSI, SSDI, Pensión, Beneficios de Veterano, Beneficios de desempleo, etc.

Yo declaro que la información que he proveído arriba es verdadera en lo mejor de mi conocimiento y entiendo que cualquier declaración falsa que haya hecho con conocimiento y voluntad será causa suficiente para que mi solicitud sea rechazada.

Firme: Jefe de Familia: _____ Fecha: _____ Co- Jefe de Familia:_____ Date:_____

Note: La Copia Rosada Sellada con la Fecha es para el Solicitante

Esta información está disponible en un formato alternativo si es pedida

Solo para referencia
no es una version completa la
Por favor completa la
version en Ingles
si es un formulario.

BHA app 08 05 13 (Occupancy Department – 08/13/2013)
Spanish translation by BHA CCECR-Language Access Team (08/30/2013)