



BOSTON HOUSING AUTHORITY
 Leased Housing
 52 Chauncy Street, Floor 1, 4, & 5
 Boston, Massachusetts 02111

Phone: 617-988-4000
 TDD: 800-545-1833 x420
www.BostonHousing.org

(Esta información está disponible en formato alternativo si es pedida.)

Cuestionario de Recertificación (por favor complete todas las páginas y sométalas con su solicitud)

Nombre de la Cabeza de Familia:		
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Teléfono:	Correo electrónico :	

SECCION I. COMPOSICION FAMILIAR - Liste todos los que viven con usted en su nueva unidad.

Nombre / Apellido	Relación con la Cabeza de Familia	# de Seguro Social	¿Discapacitado?	Sexo	Fecha de Nacimiento	Raza/ Origen Étnico
1.	CABEZA DE FAMILIA		S / N	M / F		
2.			S / N	M / F		
3.			S / N	M / F		
4.			S / N	M / F		
5.			S / N	M / F		
6.			S / N	M / F		
7.			S / N	M / F		

La adición de cualquier miembro del hogar requiere la aprobación previa de BHA y del propietario. Cualquier cambio de nombre en su familia debe ser verificado por documentación legal.

LANGUAGE

¿Usted (Cabeza de familia) o la Co-Cabeza de familia habla inglés? SI NO

¿Qué idioma habla la Cabeza de familia o Co-Cabeza de familia? _____

¿Usted (Cabeza de familia) o la Co-Cabeza de familia lee inglés? SI NO

¿Qué idioma lee la o la Cabeza de familia o la Co-Cabeza de familia? _____

SECCION II. INGRESO ECONÓMICO

1. Ingresos del Seguro Social / Jubilación / Pensión / Compensación de Trabajadores / Pagos en lugar de ganancias - ¿Usted o algún miembro de su familia recibe ingresos de alguna de las siguientes fuentes: Desempleo, SSI o SSDI, Pagos de seguro, Planes de jubilación, anualidades, IRA, otras fuentes de jubilación o compensación de trabajadores? SI NO

Puede que se le requiera buscar verificación de la Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) llamando al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778) o en la página web <http://www.ssa.gov/onlineservices/>. Los participantes **no** deben de ir en persona al SSA.

2. **Ingresos por Empleo** - ¿Usted o algún miembro de su familia que tiene 18 años o más de edad recibe ingresos por empleo? SI* NO

Si no, pase a la siguiente pregunta. Si contestó sí, **complete la información requerida y traiga los cuatro comprobantes de pago más recientes y consecutivos. Debe** incluir información sobre ingresos adicionales en otra hoja de papel.

Miembro de Familia:		Empleador:	
Dirección del Empleador:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono del Empleador:	Fax:	Cantidad:	/por:
Miembro de Familia:		Empleador:	
Dirección del Empleador:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono del Empleador:	Fax:	Cantidad:	/por:
Miembro de Familia:		Empleador:	
Dirección del Empleador:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono del Empleador:	Fax:	Cantidad:	/por:
Miembro de Familia:		Empleador:	
Dirección del Empleador:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono del Empleador:	Fax:	Cantidad:	/por:

3. **Apoyo a Menores (Manutención de Niños/Seguro Social)** - ¿Algún miembro de su familia recibe pagos para el sostenimiento de menores de edad o estudiantes a tiempo completo que tienen menos de 25 años de cualquiera de las siguientes fuentes: *Manutención de niños, Seguro Social, Pagos de Cuidado de Crianza Temporal, Pagos por Adopción Asistida, Otras Fuentes de Asistencia Pública*? SI NO

4. **Asistencia Pública/ Bienestar Público** - ¿Usted o alguno de sus familiares reciben ingresos de asistencia pública (TANF) o cupones de alimentos? SI NO

* Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, complete la sección a continuación y traiga la declaración más reciente para mostrar el comprobante de pago. Para manutención de menores (DOR), lleve una declaración que muestre los últimos 12 meses de pagos, o la dirección y el número de teléfono del proveedor individual.

Miembro de Familia	Fuente de Ingreso	Cantidad	Frecuencia

5. **Cuentas bancarias / Activos / Bienes inmuebles o personales** - ¿Usted o algún miembro de su hogar posee bienes inmuebles o personales (es decir, activos) en alguna de las siguientes formas: cuentas bancarias, bienes raíces, acciones o bonos, otros activos? SI NO

*Si contestó si, complete lo siguiente y traiga cualquier estado a su cita programada. Incluya cada activo en una línea independiente.

Miembro de Familia	Fuente/Nombre del Banco	Tasa de Interés	Ingreso Anual

OTROS INGRESOS:

6. **Empleo por cuenta propia/Ingresos por Negocios** - ¿Usted o algún miembro de su familia recibe ingresos de un trabajo por cuenta propia o de un negocio de un miembro de la familia? SI NO

Si contestó sí, complete la sección abajo y provea a BHA el formulario 1040 del IRS y todos los horarios:

7. **Regalos y Becas** - ¿Usted o algún miembro de la familia reciben un regalo regularmente (al menos dos veces al año durante dos o más años, o \$2000 o más una vez al año durante dos o más años)? SI NO

Si contestó sí, complete la sección abajo y provea a BHA el formulario 1040 del IRS y todos los horarios:

8. **Juegos de azar** - ¿Algún miembro de la familia recibió ingresos de la lotería o juegos de azar en el año pasado? SI NO

9. **Ayuda independiente/Pensión Alimenticia del cónyuge** - ¿Usted o algún miembro de la familia recibe pagos por pensión alimenticia o ayuda independiente de apoyo? *No incluya los pagos por cuidado de crianza temporal (Foster care).* SI NO

*Si contestó sí, complete la sección abajo y **traiga una orden de corte, estados, o la dirección y teléfono del proveedor individual:**

10. **Fideicomisos o Herencias** - ¿Algún miembro de su familia recibe regularmente ingresos de un fideicomiso, herencia o sucesiones? SI NO

*Si contestó sí, complete lo siguiente y **traiga su estado de cuenta de banco más reciente que muestre ingresos y período de pagos:**

Miembro de Familia	Fuente	Cantidad	Frecuencia

Certificación de Cero Ingresos (para cada adulto miembro de la familia que no reciba ingreso)

Yo por la presente certifico que actualmente no recibo, ni anticipo recibir ingresos procedentes de cualquier fuente dentro de los próximos doce meses. Firmado bajo Pena y Sanciones de Perjurio.

Miembro de Familia (Escriba su nombre)

Firma

Fecha

Miembro de Familia (Escriba su nombre)

Firma

Fecha

**** Los adultos adicionales deben completar una certificación de cero ingresos en una hoja de papel separada.**

SECCION III. DEDUCCIONES

1. Médico: complete si tiene al menos 62 años de edad o está discapacitado.

Además de completar las preguntas a continuación, **traiga también** una copia impresa de la farmacia o facturas de medicamentos y/o visitas médicas que usted pagará dentro de los próximos 12 meses.

¿Paga usted de su propio bolsillo por su seguro médico? SI NO

¿Paga usted por medicamentos recetados? SI NO

¿Tiene algún medicamento sin receta (fuera del mostrador) que su médico le ha solicitado que use de manera regular? SI NO

¿Tiene alguna cuenta médica pendiente por la que está pagando? SI NO

2. Gastos de Cuidado Infantil o Cuidado de un Familiar Discapacitado- ¿Tiene gastos por cuidado infantil para un niño o niños menores de 13 años de edad o gastos por el cuidado de un familiar con discapacidad a fin de que usted pueda trabajar, o asistir a la escuela? SI NO

***Si la respuesta es sí, por favor complete la siguiente sección.**

Personas que necesitan cuidado:		Nombre del proveedor de cuidado:	
Dirección del proveedor:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono del proveedor:	Fax:	Cantidad:	/por:
Personas que necesitan cuidado:		Nombre del proveedor de cuidado:	
Dirección del proveedor:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono del proveedor:	Fax:	Cantidad:	/por:

3. Situación de Estudiantes a tiempo completo - ¿Algunos de los miembros de su familia son mayores de 18 años y estudiantes de tiempo completo? SI NO

***Si la respuesta es sí, por favor complete la siguiente sección y traer la verificación de estudiante de tiempo completo.**

Miembro de la Familia	Escuela	Información de Contacto de la Escuela

SECCIÓN IV. CERTIFICACIONES FAMILIARES (Completado por la Cabeza de familia)

I, _____, certifico que lo siguiente:

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDAD CRIMINAL

Yo o ninguno de los miembros de mi familia, ni los que estoy proponiendo añadir a mi composición familiar, en la actualidad, o en los últimos 12 meses han participado en ninguna actividad relacionada con drogas y/o actividades criminales violentas.

CERTIFICACIÓN DE PINTURA DE PLOMO

BHA me ha informado de que: (1) cualquier niño que viva conmigo y tiene menos de seis (6) años de edad debe hacerse la prueba de niveles elevados de plomo en la sangre ("EBL", por sus siglas en inglés); (2) los inspectores de BHA no realizan pruebas de pintura con base de plomo en los apartamentos, (3) el BHA le ordenará al propietario que realice una prueba de pintura con base de plomo sólo cuando se pida, y si algún miembro de la familia que sea menor de seis (6) años de edad tiene un EBL igual o mayor de 20 ug/dl en una sola prueba, o de 15-19 ug/dl en dos pruebas consecutivas con tres o cuatro meses de separación, o si está envenenado con plomo. Certifico además, que recibí una copia del folleto de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) titulado "Proteja a Su Familia Contra el Plomo en el Hogar". **Por favor marque aquí si un niño(a) menor de 6 años de edad en mi composición familiar tiene un nivel elevado de plomo en la sangre EBL**

SOLICITUD DE DETECTOR VISUAL DE HUMO

Yo he sido informado de que puedo obtener un detector visual de humo si hay una persona con problemas auditivos que vive en mi hogar.

CERTIFICACION POR CABEZA DE FAMILIA – Ninguna relación con el propietario de la unidad

Yo certifico que ni yo o ningún otro miembro de mi hogar somos pariente, niño(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a) del propietario(s) de la propiedad en la cual yo/nosotros vivimos y para la cual recibimos un subsidio de sección 8. A menos que BHA haya determinado (Y le ha avisado de tal determinación al propietario y la familia) que el aprobar el alquiler de la unidad a, pesar de la relación, le proveería una acomodación razonable a un miembro de la familia que es una persona con discapacidades.

CERTIFICACIÓN DE INFORMACION VERIDICA Y COMPLETA DE LA FAMILIA

Yo/nosotros, certificamos que la información dada a BHA sobre la composición del hogar, ingresos, activos netos de la familia, subsidios y deducciones es verdadera y completa según mi mejor conocimiento y entender. Yo/nosotros, entendemos que dar declaraciones o información falsa puede ser motivo de castigo conforme a las leyes federales y estatales. Yo/nosotros, también entendemos que el dar información falsa o no proporcionar información completa, puede ser motivo para la terminación de asistencia de vivienda. Yo/Nosotros adicionalmente entendemos que estamos requeridos a reportar cualquier aumento de ingreso económico de \$200.00 o más al mes por escrito a BHA dentro de 30 días de haber recibido el aumento. No hacerlo puede ser razón para la terminación de su asistencia de vivienda. Firmado bajo penas y sanciones de perjurio:

CABEZA DE FAMILIA (Firma)

FECHA

Tenga en cuenta que si usted no puede asistir a esta cita y completar este cuestionario, su vale de opción de vivienda puede ser cancelado.

Si usted es una persona con discapacidad y necesita ayuda especial para completar su recertificación anual, por favor contacte a su oficial de arrendamiento y se harán arreglos para acomodar sus necesidades.

This is an important document. If you require interpretation, please call the telephone number below or come to our offices.

Este es un documento importante. Si necesita interpretación, por favor llame al número de teléfono que aparece abajo o visite nuestras oficinas.

這是一份非常重要的文件。如果您需要翻譯服務，請撥下面的電話或前往我們的辦公室

Isto é um documento importante. Se exige interpretação, por favor chama o número de telefone embaixo ou vem a nossos escritórios.

Это важный документ. Если Вам требуется перевод, пожалуйста позвоните нам (телефонный номер ниже). Или придите в наш офис.

Đây là một tài liệu quan trọng. Nếu quý vị cần phiên dịch, vui lòng hãy gọi cho số điện thoại bên dưới hoặc đến các văn phòng của chúng tôi.

**នេះ គឺជាឯកសារសំខាន់មួយ។ ក្នុងករណីលោកអ្នក ចាំបាច់ត្រូវចង់បានការបកប្រែ
សូមទូរស័ព្ទលេខខាងក្រោមនេះមកកាន់ ឬ**

អញ្ជើញមកទាក់ទងដោយផ្ទាល់នៅការិយាល័យយើងខ្ញុំ។

Sa a se yon dokiman enpòtan. Si ou bezwen entèpretasyon, tanpri rele nimewo telefòn ki anba la a oswa vini nan biwo nou.

Tani waa dhokomenta muhiim ah. Haddii aad rabto tarjumad, fadlan wac lambarka hoos ku qoran ama imow xafiisyadayada.

هذه وثيقة مهمة، وإذا كنت في حاجة إلى ترجمة فورية، يرجى الاتصال على رقم الهاتف المذكور أدناه أو أن تتفضل بالمجيء إلى مكتبنا.

این یک سند بسیار مهم است. اگر به ترجمه آن نیاز دارید، لطفاً با شماره تلفن زیر تماس بگیرید یا به دفتر ما مراجعه کنید.

(617) 988 - 4000





BOSTON HOUSING AUTHORITY
Leased Housing
52 Chauncy Street, Floor 1, 4, & 5
Boston, Massachusetts 02111

Phone: 617-988-4000
TDD: 800-545-1833 x420
www.BostonHousing.org

AVISO ACERCA DE ACOMODACION RAZONABLE PARA CLIENTES CON DISCAPACIDAD DE LA DIVISION DE VIVIENDAS ALQUILADAS (LEASED HOUSING DIVISION)

La División de Viviendas Alquiladas de Boston Housing Authority (BHA) provee asistencia de alquiler a familias e individuos elegibles (clientes), incluyendo familias con personas ancianas/discapacitadas/minusválidas. BHA no discrimina en contra de clientes en base a raza, credo, color, religión, sexo, nacionalidad, estado civil o familiar, discapacidad, edad, si recibe asistencia pública, o por preferencia sexual. Bajo ley pertinente, BHA provee "Acomodación Razonable" a clientes si él/ella o cualquier miembro de la familia tiene una discapacidad o invalidez, y si la acomodación razonable es necesaria para proveer una oportunidad igualitaria de usar y disfrutar de las instalaciones de vivienda asistida. Una discapacidad es definida como: Una deficiencia física o mental que limita substancialmente una o más actividades de la vida cotidiana: o un registro de tener cierta deficiencia, o ser considerado de tener cierta deficiencia.

Una acomodación razonable es alguna modificación o cambio que BHA puede hacer a sus instalaciones, o procedimientos que asistirán de alguna manera a un cliente elegible con una discapacidad/invalidez para sacar provecho de los programas de BHA, siempre y cuando que el cambio no ponga una carga financiera injustificada y una responsabilidad administrativa a BHA o requiera un cambio fundamental en su programa. Una acomodación razonable puede que también incluya la provisión de una ayuda auxiliar apropiada a un cliente con una discapacidad/invalidez donde esa asistencia es necesaria para permitir una comunicación efectiva con el cliente.

Ejemplos de acomodación razonable pueden incluir que BHA:

- Ponga un lector a disposición de un solicitante con discapacidad visual durante una entrevista;
- Tener un intérprete disponible de lenguaje por señas para un solicitante con problemas de audición durante una entrevista;
- Permitir que una agencia externa ayude a un solicitante con una discapacidad/invalidez alcanzar los criterios de selección para solicitantes de BHA
- Envíe por correo un contrato de arrendamiento u otra documentación de recertificación a un participante discapacitado o traer tal documento al apartamento de él/ella aunque BHA normalmente requiere que se recoja en persona.
- Permita que un representante por terceras partes le ayude a un participante discapacitado durante conferencias o reuniones de BHA.

Un(a) cliente que tiene un miembro familiar con una discapacidad/minusvalía debe ser capaz de cumplir ciertas obligaciones de un inquilino - deben ser capaces de pagar renta, cuidar su apartamento, reportar información requerida a la autoridad de vivienda (BHA), evitar disturbios con sus vecinos, etc. Este requisito es tomado en consideración si cualquier acomodación razonable requerida le permite al solicitante ser considerado(a) elegible.

Si usted u otro miembro de su familia tiene una discapacidad o minusvalía, y usted piensa que necesita una acomodación razonable, usted puede requerirlo por escrito en cualquier momento en el proceso de solicitud o después de su admisión. Esto depende de usted. Si usted prefiere no discutir su situación con BHA, está usted en su derecho.

Usted puede requerir un formulario de Solicitud para Acomodación Razonable en el Centro de Servicios de Vivienda de BHA localizado en la 56 Chauncy Street, la División de Viviendas Alquiladas (4^{to} o 5^{to} piso) o la Oficina de Derechos Civiles (9^{no} piso) en la 52 Chauncy Street Boston, MA. Si usted requiere ayuda para llenar el formulario o necesita presentar su solicitud en alguna otra manera, usted debe contactar al personal de la División de Viviendas Alquiladas en la 52 o 56 Chauncy Street, 988-4332 o 988-4158, o TDD #1-800-545-1833 Ext. 420.

Si usted tiene alguna pregunta o problema acerca de acomodaciones razonables usted debe contactar a la oficina de Derechos Civiles en la 52 Chauncy Street, Boston al (617) 988-4383.



BOSTON HOUSING AUTHORITY
Leased Housing
52 Chauncy Street, Floor 1, 4, & 5
Boston, Massachusetts 02111

Phone: 617-988-4000
TDD: 800-545-1833 x420
www.BostonHousing.org

OBLIGACIONES FAMILIARES DEL PROGRAMA DE VALE DE OPCION DE VIVIENDA

La violación de las Obligaciones Familiares enumeradas a continuación por acción u omisión puede resultar en la terminación de asistencia para vivienda.

1. **Proveer información requerida.**

- La familia debe proveer toda la información que BHA o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) determine necesaria en la administración del programa, incluida la presentación de evidencia requerida de Ciudadanía o estado elegible de inmigración, según lo requieren las reglamentaciones federales. "Información" incluye cualquier certificación, recibo u otra documentación solicitada.
- La familia debe proveer cualquier información solicitada por el BHA o HUD para usarse en la revisión regular programada de los ingresos familiares y la composición de conformidad con los requisitos de HUD.
- La familia debe revelar y verificar los números de seguro social y tiene que firmar y someter formularios de consentimiento para la obtención de información.

2. Incumplimiento de las Normas de Calidad de Vivienda (NCV) causado por la familia. BHA puede dar por terminado a un participante del programa de Sección 8 por violaciones a las NCV que pongan en peligro la vida y que el participante no corrija dentro de las próximas veinticuatro (24) horas. BHA puede cancelar la asistencia por violaciones a las NCV que no pongan en peligro la vida y que la familia no corrija dentro de los próximos treinta (30) días. BHA también puede dar por terminado a un participante bajo esta disposición por una o más de las siguientes razones:

- La familia deja de pagar los servicios públicos que el propietario no está obligado a proporcionar, pero que deben ser pagados por el inquilino.
- La familia no puede proporcionar y mantener los enseres electrodomésticos que el propietario no está obligado a proporcionar, pero que deben ser proporcionados por la familia.
- Si algún miembro de la familia o cualquier otra persona causa daños en la unidad de vivienda o en las áreas comunes más allá del uso y desgaste normal.

3. Permitir la inspección de BHA. La familia debe permitir que el BHA inspeccione la unidad durante horas razonables y después de un plazo razonable luego de ser notificados de la inspección.

4. Violación del contrato de arrendamiento. La familia no puede cometer ninguna violación grave o repetida del contrato de arrendamiento

5. **Notificación de mudanza o terminación del contrato de arrendamiento de la familia.**

- La familia debe notificar al BHA y al Propietario antes de que la familia se mude de la unidad, o termine el contrato de arrendamiento con una notificación al propietario.
- La familia debe dar al BHA una copia del aviso de terminación de treinta días que la familia le dio al propietario antes de que la familia se pueda mudar a un nuevo apartamento con asistencia.

6. Notificación de desalojo del propietario. La familia debe dar inmediatamente a BHA una copia de cualquier notificación de desalojo del propietario. Inmediatamente significa dentro de un plazo de dos semanas de recibir la notificación de desalojo para efectos de esta sección.

7. **Uso y ocupación de la unidad.**

- La familia debe utilizar la unidad con asistencia como residencia de la familia. La unidad de

asistencia debe ser la única residencia de la familia.

Todos los miembros de la familia que residen en la unidad deben ser aprobados por BHA.

- Todos los miembros de la familia que residen en la unidad deben ser aprobados por BHA. La familia debe notificar de inmediato (dentro de treinta (30) días), a la Autoridad de Vivienda del nacimiento, adopción o la custodia por la corte de un niño. La familia debe pedir y recibir la aprobación de BHA antes de añadir a cualquier otro miembro de la familia como uno de los ocupantes de la unidad. Ninguna persona que no sea miembro de la familia asistida puede residir en la unidad, excepto un niño acogido o un Asistente de Cuidado Personal.
- La familia debe notificar de inmediato a BHA (dentro de treinta (30) días) que un miembro de la familia ya no reside en la unidad.
Si BHA ha dado su aprobación, un niño acogido o un Asistente de Cuidado Personal pueden residir en la unidad.
- Un miembro de la familia puede participar en actividades legales de beneficio personal en la unidad, pero sólo si tales actividades contribuyen a la utilización principal de la unidad como residencia de los miembros de la familia.
- La familia no debe subarrendar o subcontratar la unidad.
- La familia no debe ceder el arrendamiento o transferir la unidad.

8. Ausencia de la unidad. La familia debe proporcionar cualquier información o certificación solicitada por el BHA para comprobar que la familia está viviendo en la unidad, o en relación a la ausencia de algún miembro de la familia en la unidad, incluyendo cualquier información o certificación que BHA haya solicitado con relación a las ausencias en la familia. La familia debe cooperar con BHA para este propósito. La familia debe notificar de inmediato (dentro de treinta (30) días) a BHA de una ausencia en la unidad. Ausencia significa que ningún miembro de la familia reside en la unidad.

9. Intereses en la unidad. La familia no debe poseer o tener intereses sobre la unidad.

10. Fraude y otras violaciones al programa. Los miembros de la familia no deben cometer fraude, soborno o ningún otro acto criminal de corrupción en relación con los programas.

11. Crímenes por miembros de la familia. Los miembros de la familia no podrán participar en Actividades Criminales Relacionadas con Drogas o actividades criminales violentas que amenacen la salud, seguridad o el derecho al disfrute pacífico de los otros residentes y personas que residen en las inmediaciones de los predios.

12. Abuso de alcohol por miembros de la familia. Los miembros de la familia no deben abusar del alcohol de una manera que ponga en peligro la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico de los demás participantes y las personas que residen en las inmediaciones de los predios.

13. Otras asistencias de vivienda. Una familia con asistencia, o cualquier miembro de la familia, no puede recibir asistencia para inquilinos de la Sección 8 mientras recibe otro subsidio de vivienda, para la misma unidad o para una unidad diferente, bajo ningún duplicado (según determinado por HUD o de conformidad con los requisitos de HUD) programa de ayuda de vivienda federal, estatal o local.

Certificación de Entendimiento

Por la presente certifico que entiendo mis obligaciones en el marco del programa de Sección 8 y que mi incumplimiento de estas obligaciones podrá dar lugar a la terminación de mi participación en el programa.

Firma de la Cabeza de Familia: _____ Fecha: _____

Atención: Si usted o cualquier miembro de la familia es una persona con una discapacidad conforme a la ley federal o estatal y cree que necesita un Acomodación razonable en las políticas o procedimientos de BHA, puede solicitar un acomodación razonable completando un formulario de Solicitud de Acomodación Razonable. Este formulario está disponible en nuestras oficinas o en nuestro sitio web, www.bostonhousing.org.