



**BOSTON HOUSING AUTHORITY**

Occupancy Department  
52 Chauncy Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
Boston, Massachusetts 02111-2375

617-988-3400  
TDD 1-800-545-1833 Ext. 420  
www.BostonHousing.org

**CERTIFICADO DE FALTA DE HOGAR**

Esta información está disponible en un formato alternativo si es pedido.

**DEFINICIÓN:**

A una familia le falta una vivienda fija O domicilio regular y adecuado durante la noche O su domicilio primario durante la noche es una de la siguientes: **a)** Un refugio público o privado supervisado designado para proveer acomodaciones de vivienda temporarias (incluye hoteles provistos por subsidio del Estado, refugios congregados, y viviendas de transición); o **b)** Un lugar público o privado no designado para, o usado normalmente como, un lugar regular para dormir para seres humanos; o **c)** Un solicitante o un miembro de su familia sufre de una condición médica o discapacidad que le impide residir en un refugio público o privado.

Las personas que viven con inquilinos en viviendas privadas o subsidiadas, incluso si solo temporalmente NO califican como personas sin hogar, **excepto** por la situación descrita en la categoría "c" que será revisada y determinada por la Directora de Ocupancia de BHA o su designado.

Las personas que se muden temporalmente a un refugio con el único propósito de calificar para esta prioridad se determinarán inelegibles.

**Requisitos de verificación:**

Presentación de un "Certificado de Falta de Hogar" completado por una fuente apropiada que indique que usted no tiene una residencia fija, regular y adecuada para la noche; o su residencia principal durante la noche; o una verificación por escrito de un establecimiento público o privado que brinda refugio a personas sin hogar, el departamento de policía local, o una agencia de servicios sociales, certificando el estado de la persona sin hogar de acuerdo con la definición en esta política, o Documentación Médica que verifique la existencia de una condición médica o discapacidad que incluya la(s) razón(es) por las cuales el Solicitante no puede residir en un refugio público o privado y una verificación aceptable de los arreglos actuales de vivienda.

**NOTA:** Para los Programas de Vivienda de la Sección 8 debe cumplir con los siguientes criterios: para fines de la sección "C" en la parte de arriba, BHA considerará que la condición de una persona es grave cuando no se puede brindar tratamiento médico en un ambiente de refugio debido al alto riesgo de poner en peligro la salud de la persona o agravar la condición según lo verificado por un proveedor médico.

**UN OFICIAL DE UN REFUGIO PUBLICO AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES PUEDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO.**

**UN OFICIAL DEL DEPARTEMENTO DE POLICIA SOLO PUEDE RESPONDER A LOS ARTICULOS "C" O "D" A CONTINUACIÓN:**

*NOTA: La persona completando este formulario DEBE estar sirviendo en capacidad oficial Y debe tener conocimiento directo sobre la situación de vivienda actual de el/la solicitante basado en una relación profesional con el solicitante.*

Por favor marque cuál de las siguientes describe la situación actual de refugio del solicitante

- A.  Él/Ella está viviendo en la vivienda donde el solicitante es inquilino de record u ocupante legal basado a un contrato de arrendamiento o acuerdo de ocupación.
- B.  Él/Ella en este momento está viviendo en un refugio supervisado, programa de viviendas de transición, hotel o motel con subsidio del Estado reconocidos que proveen acomodaciones a personas sin hogar.  
Nombre del Refugio: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_
- C.  Él/Ella está actualmente sin una residencia fija y regular durante la noche. Favor de especificar condiciones de vivienda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- D.  Él/Ella está actualmente viviendo en un lugar público/privado que no es normalmente usado como acomodaciones de dormir para seres humanos: Por favor especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- E.  Otro- Relacionado con una condición médica. Documentación médica adjunta.

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_ **# de SS:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Título:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Agencia:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la Agencia:** \_\_\_\_\_

**Número Telefónico:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

# de Cliente: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE VIVIENDA (DEBE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE)**

**NOTA: Todos los solicitantes con Prioridad por Falta de Hogar tienen que completar un historial de vivienda de TRES años como parte de su petición para estatus de prioridad.**

Proporcione a continuación información de todos los lugares donde usted ha vivido durante los últimos tres años. Comience con su dirección actual y trabaje hacia atrás. Incluya todas las direcciones donde haya vivido por lo menos un mes, excepto por vacaciones. Si su familia tiene dos cabezas de familia que no han vivido juntos por los últimos tres años, proporcione la información de cada cabeza de familia separadamente por esos periodos durante los cuales las cabezas de familia hayan vivido separadamente. Si usted ha vivido con familiares o amistades que eran directamente responsables por pagar el alquiler, proporcione el nombre de esa persona.

<u>Período</u> <u>Desde - Hasta</u> <u>mes/año - mes/año</u>	<u>Dirección Completa</u> <u>y Número de Teléfono</u>	<u>Persona</u> <u>Responsable de</u> <u>pagar de Renta</u>	<u>Razón por la que se mudó</u>
/ - /			
/ - /			
/ - /			
/ - /			
/ - /			

**DEBE SER COMPLETADO POR EL/LA SOLICITANTE:**

Yo, \_\_\_\_\_, (#SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_), autorizo la divulgación de la información anterior a Boston Housing Authority. Yo también certifico que yo no he encontrado vivienda estándar de reemplazo permanente para resolver la necesidad de vivienda que yo he reclamado como solicitante con estatus de prioridad para viviendas públicas. Yo estoy de acuerdo en que si mi circunstancias cambian en cualquier momento, Yo le informaré inmediatamente al departamento de Ocupación de BHA por **escrito** (mensajes electrónicos/por fax **no se aceptan**).

Entiendo que cualquier falsificación, falsedad u ocultación de información sería considerada como razón para denegar admisión a viviendas de BHA por un periodo de tres (3) años.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (Por favor escriba en letra de imprenta) \_\_\_\_\_



**AGENCIA CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDAS Y EMPLEO**

Revised 09/2018