

Initial Eligibility Application

(Application **MUST** be completed. **DO NOT** leave blanks; you may put N/A if it does not apply. All household members 18 years of age and older **MUST** sign these documents where indicated.) (Black ink only)

Head of Household

Last Name First Name Middle Initial

Place of Birth _____ Alien Registration # if Applicable: _____

Race: (check one) (1) White (2) Black/African-American (3) Amer. Indian/Native Alaskan (4) Asian

(5) Pacific Islander/ Hawaiian

Ethnicity: (check one) (1) Hispanic/Latino (2) Non-Hispanic/Latino

Marital Status (check one) Single Married Separated Divorced Widowed

Mailing Address: _____
(Street) (City) (State) (Zip)

Phone#: _____ Work#: _____ Email: _____

LIST THE NAMES OF ALL PERSONS IN YOUR HOUSEHOLD, INCLUDING LIVE-IN AIDES. Start with HEAD of HOUSEHOLD (YOU) and include all other persons who will live with you when you receive your voucher.

Name	Relation to Head	Social Security Number	Sex	Date of Birth	Age	Disabled Yes/No	Race	Ethnicity
	Head							

No Yes **Have you or anyone else on this application ever been on a Section 8 program, lived in Public Housing, or participated in a any subsidized program? If yes, under what name and what year.**
 Explanation: _____

No Yes **Has anyone in your household been arrested for a sexual-related crime, or is now subject to a lifetime sex offender registration program, or convicted of methamphetamine production?**

No Yes **Has anyone in your household been convicted of any crime in the last 10 years?**

FULL-TIME STUDENT STATUS **Does not apply to me or my household members**

If any member of the household who is 18 years or older attends high school, college, technical school, or a training program on a FULL-TIME BASIS, complete the following:

Household Member Name	School Name	School Address/Fax #	Anticipated Completion Date

EXPENSES

Child Care **Does not apply to me or my household members**

My childcare expenses: \$ _____ Frequency: _____

Name of Child Care Provider: _____

Address and Phone: _____

No Yes Do you receive help with your childcare expenses? If yes, from where? _____

Medical Expenses **Does not apply to me or my household members**

(If you or your spouse are at least 62 years old OR disabled.)

No Yes Do you anticipate that you will have medical expenses to pay out of your pocket?

EMPLOYMENT INCOME **Does not apply to me or my household members**

LIST THOSE IN YOUR HOUSEHOLD WHO ARE WORKING OR WILL BE WORKING IN THE NEXT 12 MONTHS.
 (If self-employed, under "Employer" information write: (1) Self-employed and (2) Type of business.)

Name of Member Who is Working	Employer's Name, Address, Phone, and Fax Number	Pay Per Hour	Hours Worked Per Week	Annual Pay
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

For Military ONLY: **Does not apply to me or my household members**

Branch of Service: _____ Pay Grade: _____

Total monthly pay (including special pay allowances, excluding hazardous duty pay): \$ _____

OTHER INCOME

Please fill in all blank spaces. If it does not apply to you put "0"

Indicate below all incomes received by members of your household from any of the following sources and the MONTHLY amount received. Also indicate income your household expects to receive over the next 12 months.

<u>Source</u>	<u>Case Number</u>	<u>Amount per month</u>	
TANF – Cash Assistance	_____	\$ _____	
Food Stamps	_____	\$ _____	
Child Support State _____	_____	\$ _____	
Alimony State _____	_____	\$ _____	
Social Security Who?	_____	\$ _____	Does anyone help you with any of the following household expenses? WHO?
SSI Who?	_____	\$ _____	
Pensions/Annuities		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Electricity _____
VA Benefits		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Gas _____
Unemployment Insurance		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Phone _____
Worker’s Compensation		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Medical _____
Scholarships/Grants		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Food _____
Lump Sum Income		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Clothing _____
Inheritance or Lottery Winnings		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Job Training _____
Payments from anyone not living with you		\$ _____	

ASSETS **Does not apply to me or my household members**

INDICATE BELOW THE ASSETS OF ALL MEMBERS OF YOUR HOUSEHOLD. (Include joint accounts w/others).

<i>Type of Account</i>	<i>Name & Address of Bank, Credit Union, etc.</i>	<i>Account Number(s) (Give names of account holders)</i>	<i>Current Balance(s)</i>
Checking Bank Name			\$ _____
Savings Bank Name			\$ _____
Other Specify Type (IRA, Trust, etc.)			\$ _____
Stocks/Mutual Funds	<i>Name of Stocks or Funds</i>	<i>Number of Shares</i>	<i>Dividends Per Year</i>
Name of Institution			\$ _____
Savings Bonds (MUST Provide copies of all Savings Bonds)	<i>Denominations</i>	<i>Number of Bonds</i>	<i>Maturity Dates</i>
			\$ _____
Life Insurance	<i>Company Name and Address</i>	<i>Policy #</i>	<i>Face Value</i>
Name of Company			\$ _____
Company Address			

REAL ESTATE HOLDINGS

Does not apply to me or my household members

Real Estate Owned by me or a member of my household is located at:

Year Purchased: _____ Original Cost: _____ Est. Equity: _____ Est. Market Value: _____



No Yes

Have you transferred (sold or given away) any assets to anyone for less than it's market value within the past two years?

If yes, type of asset, value of asset, and when: _____

CERTIFICATION

By signing below I/we certify that the information given to the Housing Authority of the City of Yuma on household composition, income, net family assets, allowances, and deductions is accurate and complete to the best of my/our knowledge and belief. I/We understand that all changes in household income, assets and/or composition must be reported to the housing agency office in writing within ten days of the occurrence. I/We understand that failure to provide true and complete information to the Housing Authority of the City of Yuma may result in the termination of my/our housing assistance.

WARNING!

Title 18, Section 1001, of the United States Code states that a person is guilty of a felony for knowingly and willfully making false, inaccurate, or fraudulent statements to any department or agency of the United States.

Penalties for Committing Fraud: I/We understand that false statements or information are punishable under Federal law (Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code). If this personal declaration form contains false or incomplete information I may be:

- Terminated from further housing assistance
- Required to repay all overpaid rental assistance received
- Fined up to \$10,000
- Imprisoned for up to 10 years in a federal penitentiary
- Prohibited from receiving future housing assistance.

ALL HOUSEHOLD MEMBERS 18 YEARS OF AGE AND OLDER MUST SIGN

(Failure to complete and sign this document will result in removal from the Waiting List and denial of application.)

Print Name

Signature

Date

Print Name

Signature

Date

Print Name

Signature

Date

Print Name

Signature

Date

Housing Representative: _____

Date Reviewed: _____

Solicitud Inicial de Elegibilidad

(La Aplicación **DEBERA** ser completada. **NO DEJE** espacios en blanco; puede poner N/A si no aplica a usted. Todos los miembros de familia mayores de 18 años **TIENEN** que firmar este documento donde se indica.)
(Escriba en tinta negra solamente)

Jefe de Familia

Apellido _____ Nombre _____ Inicial (2do. Nombre) _____

Lugar de Nacimiento _____ # de Registración Legal/ Si Aplica: _____

Raza: (marcar uno) (1) Blanco (2) Negra/Afro-Americano (3) Indio Americano/Nativo de Alaska
(4) Asiático (5) Pacifico Islandés/ Hawaiano

Origen Étnico: (marcar uno) (1) Hispano/Latino (2) No-Hispano/Latino

Estado Civil (marcar uno) Soltero Casado Separado Divorciado Viudo (a)

Dirección Postal: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Area Postal)

Celular#: _____ Trabajo#: _____ Correo Electrónico: _____

ENLISTE TODOS LOS NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, INCLUYENDO PERSONAS QUE LO ASISTEN. Empiece con el JEFE DE FAMILIA (USTED) Incluya a todas las otras personas que vivirán con usted cuando reciba su vale.

Nombre	Relación con Usted	Numero Seguro Social	Sexo	Fecha de Nac.	Edad	Desabilidad Si/No	Raza	Origen Étnico
	Jefe Fam.							

No Si Usted o alguien más en esta aplicación ha estado en el Programa de Sección 8, o vivido en vivienda pública convencional, o ha participado en algún programa subsidiado? Si es Sí, bajo que programa y en qué año. Explicacion: _____

No Si Usted o alguien en esta aplicación ha sido arrestado por un crimen relacionado con sexo, o está sujeto a un programa de depredador sexual de por vida, o convicto de producir metanfetaminas?

No Si Usted o alguien en esta aplicación ha sido convicto de algún crimen en los últimos 10 años?

ESTATUS DE ESTUDIANTES DE TIEMPO COMPLETO No aplica a mi o nadie de los miembros de fam.

Si algún Miembro de la familia tiene 18 o más, asiste a la preparatoria, colegio, Escuela Técnica, o programa de entrenamiento **TIEMPO COMPLETO**, complete lo siguiente:

Nombre del Miembro de Fam.	Nombre de la Escuela	Direccion de Escuela/Fax #	Fecha de Terminación

GASTOS

Cuidado de Niños No aplica a mi o nadie de los miembros de familia.

Mi Contribución de gastos en cuidado de niños: \$ _____ Frecuencia: _____

Nombre del Proveedor del Cuidado de Niños: _____

Direccion y Telefono: _____

No Si ¿Recibe ayuda para el pago de cuidado de niños? Si, es Si, de Donde? _____

Gastos Médicos No aplica a mi o nadie de los miembros de familia.

(Solamente si usted o su esposo (a) tienen por lo menos 62 años de edad o tiene alguna incapacidad.)

No Si Anticipa usted que tendrá gastos médicos que pagara de su bolsillo?

INGRESOS DE EMPLEO No aplica a mi o nadie de los miembros de fam.

ENLISTE A TODOS LOS MIEMBROS DE FAMILIA QUE TRABAJAN O TRABAJARAN EN LOS PROXIMOS 12 MESES. (Si es trabajador por cuenta propia, bajo "Empleador" escriba la información: (1) **Trabajador por cuenta propia** y (2) Tipo de negocio.)

Nombre de Miembro de Familia	Nombre del Empleador, Direccion, Telefono, y # de Fax	Pago por Hora	Horas Trabajadas por semana	Pago Anual
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

Para Militar SOLAMENTE: No aplica a mi o nadie de los miembros de familia.

Rama de Servicio: _____ Grado de Pago: _____

Pago Total Mensual (Incluya pagos especiales, excluya pago por riesgo de trabajo): \$ _____

OTRO INGRESO

Favor de llenar las líneas en blanco. Si no aplica a usted marque "0"

Indique abajo todos los ingresos recibidos por los miembros de su familia de las siguientes fuentes y la cantidad MENSUAL recibida. También indique los ingresos de la familia que espera recibir en los próximos 12 meses.

<u>Fuentes</u>	<u># de Caso</u>	<u>Cantidad Por Mes</u>	
Welfare – Asistencia en Efectivo _____		\$ _____	
Estampilla de Comida _____		\$ _____	
Manutencion de Meñores _____		\$ _____	
Pensión Alimenticia _____		\$ _____	
Seguro Social Quien? _____		\$ _____	Alguien le ayuda a pagara algo de lo siguientes gastos? QUIÉN?
Seguro Suplementario (SSI) Quien? _____		\$ _____	
Pensión/Anualidades _____		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Electricidad _____
Beneficios de veteranos _____		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Gas _____
Seguro de Desempleo _____		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Telefono _____
Compensación del Trabajador _____		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Medico _____
Becas Escolares/Compensación _____		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Comida _____
Ingreso recibido en un solo pago _____		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Ropa _____
Herencias o pago de lotería, casino, etc. _____		\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Entrenamiento Trabajo _____
Pagos de alguien que no vive en su casa _____		\$ _____	

BIENES **No aplica a mi o nadie de los miembros de fam.**

INDIQUE ABAJO LOS BIENES DE TODOS LOS MIEMBROS DE FAMILIA. (Incluya cuentas de banco que tenga junto con otras personas).

<i>Tipo de Cuenta</i>	<i>Nombre Y Direccion Banco, Unión de Crédito etc.</i>	<i># de Cuenta(s) De el Nombre del Dueño de</i>	<i>Balance Actual(s)</i>
Cheques Nombre Banco			\$
Ahorro Nombre Banco			\$
Otro Especifique Tipo (IRA, Trust, etc.)			\$
Stocks/Mutual Fondos	<i>A Nombre de Quien son Stocks o Fondos</i>	<i>Numero de Cuentas</i>	<i>Dividendos Por Año</i>
Nombre de Institución			\$
Bonos de Ahorros (DEVE proveer copias de todo Bonos de Ahorro)	<i>Denominacio-</i>	<i>Numero de Bonos</i>	<i>Fechas Vencimient</i>
			<i>Valor Total</i>
			\$
Aseguranza(s) de Vida	<i>A Nombre de Quien esta</i>	<i># Póliza</i>	<i>Valor</i>
Nombre Compañía			<i>Valor Efectivo</i>
y la Dirección			\$

BIENES RAÍCES **No aplica a mi o nadie de los miembros de familia.**

Bienes Raíces que posee usted o alguien por los que ustedes está aplicando, Localizada en:

Año de compra: _____ Costo Original: _____ Estim. Equidad: _____ Estimado.Valor de Mercado _____



No Si

Ha transferido (vendió o regalo) algún bien a alguien por menos del valor en el mercado en los últimos dos años?

Si, es Si, qué tipo de bien, valor, y cuando: _____

CERTIFICACIÓN

Al firmar lo siguiente Yo/Nosotros certificamos que la información proporcionada al Departamento de Vivienda de la Ciudad de Yuma en nuestra composición familiar, ingreso, bienes netos familiares, y deducciones es correcta y completa a lo mejor de nuestro conocimiento y creencias. Yo/Nosotros entendemos que todos los cambios que tenga nuestra familia en ingresos, propiedades, bienes y composición familiar tienen que ser reportados a la oficina de la agencia de vivienda por escrito dentro de diez días de cuando ocurra el cambio. Yo/Nosotros entendemos que si no entregamos la información verdadera y complete al Departamento de Vivienda de la Ciudad de Yuma puede resultar terminación de nuestra asistencia.

PRECAUCIÓN

Titulo 18, Sección 1001, Códigos de los Estados Unidos indican que una persona es culpable de felonía si provee falsa información, inadecuada ó fraudulenta a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos

Penalidades por Cometer Fraude: Yo/Nosotros entendemos que si se proporciona información falsa o declaraciones, las personas serán penalizadas bajo las Leyes Federales (Sección 1001 of Title 18 of the U.S. Code). Si esta forma contiene falsa información o incompleta pudiera/ o pudiéramos:

- Su asistencia de vivienda será cancelada en el futuro
- Será requerido pagar toda la asistencia recibida
- Multa de hasta \$10,000
- Encarcelado hasta 10 años en penitenciarías federales
- Se le prohibiría recibir asistencia de vivienda en el futuro.

TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MAYORES DE 18 AÑOS DEBERAN FIRMAR

(Si usted no completa y firma este documento, resultará la cancelación de su aplicación y su nombre será removido de la lista de espera.)

Imprima Nombre

Firma

Fecha

Imprima Nombre

Firma

Fecha

Imprima Nombre

Firma

Fecha

Imprima Nombre

Firma

Fecha

Representante de Vivienda: _____

Fecha Recibida: _____