

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 Si, bajo que programa y en qué año. Explicación: _____

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	Dirección 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 de Proveedor del Cuidado de Niños: _____

Dirección 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?

Nombre de Proveedor: _____

Dirección y Telefono: _____

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 pro- pia y (2) Tipo de negocio.)

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

Para Trabajo Temporal: No aplica a mi o nadie de los miembros de familia.

Primer Dia De Trabajo: _____ Ultimo Dia 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.

Fuentes	Cantidad Por Mes	Fuentes	Cantidad Por Mes
Welfare-Asistencia en Efectivo	\$	Seguro de Desempleo	\$
Ingreso de la tribú	\$	Pensión/A anualidades	\$
Manutención de Meñores	\$	Beneficios de veteranos	\$
Pensión Alimenticia	\$	Ingresos Militares	\$
Seguro Social	\$	Ingreso recibido en un solo pago	\$
Seguro Suplementario (SSI)	\$	Pago de lotería, casino, etc.	\$
Herencias	\$	Becas Escolares	\$
Contribuciones de amigos o familiares	\$	Compensación de empleo	\$
Otros ingresos	\$		

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).

Titular de la cuenta	Cheques o Ahorros	Nombre del Banco, Unión de Crédito etc.	Numero de Cuenta	Balance Actual
				\$
				\$
				\$
				\$
Acciones / fondos de inversión (Nombre de Persona)	Nombre y dirección de la Institución		Numero de Cuentas	Dividendos Por Año
				\$
Bonos de Ahorros (Nombre de Persona)	Nombre y dirección de la Institución	Numero de Bonos	Fecha Vencimiento	Valor Total
				\$
Nombre de Persona con Aseguranza de Vida	Nombre y dirección de la Institución	Numero de Póliza	Valor	Valor Efectivo
				\$
IRA, Trust (Nombre de Persona)	Nombre y dirección de la Institución	Numero de Póliza	Balance Actual	Valor Total
				\$



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 proporcionada 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 asistencias de vivienda será cancelada en el futuro
- Sera 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: _____