

Solicitud para Continuación de Asistencia

(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: _____

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 ATIENDAN O CUIDAN.

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 Nacimiento	Edad	Desabilidad Si/No
	Jefe Fam.					

Enliste todas las personas que se mudaron dentro/fuera del hogar durante los últimos 12 meses (incluyendo nacimiento(s), fallecimientos, matrimonios, colocación permanente en casa de retiro)

Nombre	Relación con Usted	Numero Seguro Social	Sexo	Fecha de Nac.	Raza	Origen Étnico	Razón	Agregar/Remove



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 Teléfono: _____

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, Dirección, Teléfono, 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 Día De Trabajo: _____ Ultimo Día 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 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 sera removido de la lista de espera.)

Imprima Nombre

Firma

Fecha

Representante de Vivienda: _____

Fecha Recibida: _____