

## 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
	<b>Jefe Fam.</b>					

**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/ Remover



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? Si su respuesta es si, cuándo \_\_\_\_\_?

**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 pague de su bolsillo?  
 Nombre de Proveedor: \_\_\_\_\_  
 Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_ Último 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.***

Fuentes	Cantidad Por Mes	Fuentes	Cantidad Por Mes
Welfare-Asistencia en Efectivo	\$	Seguro de Desempleo	\$
Ingreso de la tribú	\$	Pensión/Anualidades	\$
Manutencion 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 mí 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 seran 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 penitenciarias 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: \_\_\_\_\_