

LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE FORT MILL
PO Box 220 * Fort Mill, SC 29716-0220
Teléfono: 803-547-6787 TDD/Fax: 803-548-2125

Declaración Personal - Reexaminación

INSTRUCCIONES:

USTED DEBE COMPLETAR ESTA FORMA Y TRAERLA A LA OFICINA EL DÍA DE SU CITA (Por favor escriba con tinta, con letra de imprenta o a máquina) ESTA FORMA DEBE DE SER FIRMADA POR TODOS LOS ADULTOS.

La información que usted da, basada en la composición del núcleo familiar, ingresos, bienes familiares y deducciones debe ser completa exacta a lo mejor de su conocimiento y creencia.

Número de Teléfono _____ Dirección de Correo Electrónico _____

A. MIEMBROS DE LA FAMILIA:

Inclúyase en esta lista y otras personas que son miembros de su núcleo familiar. Escriba claramente

1. Jefe de Familia

Nombre Completo _____ Número de Seguro Social _____

Lugar de Nacimiento /Ciudad, Estado _____ Fecha de Nacimiento _____ Licencia de Conducir # _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ No deseo divulgarlo _____ Nombre de la escuela (Si está asistiendo): _____

2. Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Relación con el Jefe de Familia _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar de Nacimiento _____ Nombre de la Escuela _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ No deseo divulgarlo _____ Nombre de los Padres _____

3. Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Relación con el Jefe de Familia _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar de Nacimiento _____ Nombre de la Escuela _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ No deseo Divulgarlo _____ Nombre de los Padres _____

4. Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Relación con el jefe de Familia _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar de Nacimiento _____ Nombre de la Escuela _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ No deseo Divulgarlo _____ Nombre de los Padres _____

5. Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Relación con el Jefe de Familia _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar de Nacimiento _____ Nombre de la Escuela _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ No deseo Divulgarlo _____ Nombre de los Padres _____

6. Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Relación con el Jefe de Familia _____ Número de Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento _____
Lugar de Nacimiento _____ Nombre de la Escuela _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____ No deseo Divulgarlo _____ Nombre de los Padres _____

7. Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Relación con el Jefe de Familia _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Lugar de Nacimiento _____ Nombre de la Escuela _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____ No deseo divulgarlo _____ Nombre de los Padres _____

8. Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Relación con el Jefe de Familia _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Lugar de Nacimiento _____ Nombre de la Escuela _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____ No deseo Divulgarlo _____ Nombre de los Padres _____

B. NIÑOS DE ACOGIDA TEMPORAL:

¿Hay alguien viviendo en su hogar como un niño de Acogida Temporal/ Foster Child? _____ Si _____ No
Si la respuesta es sí, complete el nombre, fecha de nacimiento y el número de Seguro Social para cada niño acogido temporalmente _____

C. Hay alguien en esta aplicación que sea un Veterano Militar o sirviendo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, si la respuesta es sí ¿quién es? _____

D. TRABAJO: ¿Hay alguien trabajando, o esperando trabajar en los siguientes 6 meses, o cambiando empleos el próximo año? Si la respuesta es sí, complete la parte subrayada de abajo. (Si usted es su propio empleador, Por Favor provea un balance de ingresos y gastos.)

Nombre _____ Ocupación _____ Ingreso bruto por mes _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad, Estado Código Postal _____

¿Alguna vez ha recibido cualquiera de lo siguiente?

Dinero por Sobretiempos _____ Si _____ No Propinas _____ Si _____ No

Bonos _____ Si _____ No Comisiones _____ Si _____ No

Nombre _____ Ocupación _____ Ingreso Bruto por mes _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad, Estado Código Postal _____

¿Alguna vez ha recibido cualquiera de lo siguiente?

Dinero por Sobretiempos _____ Si _____ No Propinas _____ Si _____ No

Bonos _____ Si _____ No Comisiones _____ Si _____ No

Nombre _____ Ocupación _____ Ingreso bruto por mes _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

¿Alguna vez ha recibido cualquiera de lo siguiente?

Dinero por Sobretiempos _____ Si _____ No

Propinas _____ Si _____ No

Bonos _____ Si _____ No

Comisiones _____ Si _____ No

E. INGRESOS: Hay alguien incluyendo niños recibiendo o esperando recibir dinero de algunas de las opciones en el listado de abajo?

Marque "Sí" o "No" para cada opción. Si la respuesta es sí, liste quien y la cantidad recibida mensualmente:

Opciones	Si	No	Quien	Monto Mensual
• Entrenamiento:	_____	_____	_____	_____
• Programa de Empleo Y Estudio:	_____	_____	_____	_____
• Prestamos Educativos:	_____	_____	_____	_____
• Grants/ Becas:	_____	_____	_____	_____
• TANF:	_____	_____	_____	_____
• Estampillas de Comida:	_____	_____	_____	_____
• Ayuda/Asistencia General:	_____	_____	_____	_____
• Beneficios por Desempleo:	_____	_____	_____	_____
• Incapacidad Estatal:	_____	_____	_____	_____
• Compensación por Accidentes de Trabajo:	_____	_____	_____	_____
• Manutención de Menores:	_____	_____	_____	_____
• Manutención Conyugal:	_____	_____	_____	_____
• Seguridad Social:	_____	_____	_____	_____
Si la respuesta es sí, Por favor Provea su número de reclamo: _____				
• SSI- ingreso de Seguridad Suplementario:	_____	_____	_____	_____
• Pension/Jubilación:	_____	_____	_____	_____
• Beneficios de Veteranos:	_____	_____	_____	_____
• Asignación Militar:	_____	_____	_____	_____
• Jubilación Ferroviaria:	_____	_____	_____	_____
• Intereses/ Activos:	_____	_____	_____	_____
• Ingresos por alquiler de Propiedades:	_____	_____	_____	_____
• Segundo trabajo:	_____	_____	_____	_____
• Otro; Explique:	_____	_____	_____	_____

TANF O GR:

Nombre del Trabajador Social Número Dirección de la oficina DSS Ciudad, Estado, Código Postal, Teléfono

TANF O GR:

Nombre del Trabajador Social Número Dirección de la oficina DSS Ciudad, Estado, Código Postal, Teléfono

Por favor traiga la prueba más reciente de ingresos y su más reciente declaración de impuestos el día de su cita, y por ejemplo: Carta de su empleador, boletas de pagos, carta de estar recibiendo beneficios o seguridad social, estados de cuenta bancarios, formas 1099 etc.

F. Hay alguien en la familia incluyendo niños, que tengan los siguientes recursos, marque sí o no para cada una de las opciones.

Si la respuesta es sí escriba quien y el monto:

Opciones	Si	No	Quien	Monto
• Efectivo:	_____	_____	_____	_____
• Cuenta Corriente:	_____	_____	_____	_____
¿Cuántas Cuentas Corrientes Tiene?:	_____	_____	_____	_____
• Cuentas de Ahorro(s):	_____	_____	_____	_____
¿Cuántas Cuentas de Ahorro tiene?	_____	_____	_____	_____
• Póliza de seguro de vida:	_____	_____	_____	_____
• Fondos Fiduciarios:	_____	_____	_____	_____
• Acciones/ Bonos:	_____	_____	_____	_____
• Certificados de Depósito:	_____	_____	_____	_____
• Cuentas en el Mercado de Valores:	_____	_____	_____	_____
• Notas, Hipotecas, o Escrituras:	_____	_____	_____	_____
• Remuneración Diferida:	_____	_____	_____	_____
• Cajas de depósito:	_____	_____	_____	_____
• Bienes Raíces:	_____	_____	_____	_____
• Otros/ Explique:	_____	_____	_____	_____

Si la respuesta es sí a cualquiera de las opciones, complete lo siguiente:

Tipo de Recurso	Valor Actual	Nombre y Dirección de la Institución	Número de Cuenta
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

G. ¿Usted emplea el servicio de un proveedor para el cuidado de niños o de una persona particular para cuidar a menores de 12 años o menos? Sí No

Si la respuesta es sí complete lo siguiente:

1) Nombre del proveedor del cuidado: _____ Monto pagado Semanal: _____
 Dirección del proveedor del cuidado: _____ Teléfono: _____

2) Nombre del proveedor del cuidado: _____ Monto pagado Semanal: _____
 Dirección del proveedor del cuidado: _____ Teléfono: _____

Si su proveedor del cuidado no es un proveedor con licencia del estado, entonces usted debe también proveer copias de los giros postales que han sido dados al proveedor o prueba de pago de acuerdo a su estado de cuenta bancario mostrando cheques que han sido dirigidos a su cuenta como forma de pago.

H. ¿Hay alguien recibiendo regalos o préstamos de alguna fuente o procedencia? Sí No

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

Artículo Recibido	Valor del Artículo	Quien dio el Artículo
_____	_____	_____

I. ¿Hay alguien que sea dueño o alguien comprando bienes raíces, Como tierra, edificios o Casas Rodantes etc. En cualquier lugar? Si No Si la respuesta es Sí complete lo siguiente:

Tipo	Dirección	Valor Estimado
------	-----------	----------------

J. ¿Hay alguien en su hogar que reciba cualquier ingreso económico de cualquier otra fuente incluyendo alguien fuera de su hogar que pague cualquiera de sus gastos, facturas o dándole dinero? Si No

Si la respuesta es Sí, Por favor explique:

K. ¿Hay alguien que sea dueño o que tenga en uso cualquier vehículo tales como un carro, camioneta casa rodante, motocicleta, vehículos todo terreno, caravana, lancha, u otro tipo de vehículo? Si No

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Tipo	Número de Placa #	Estado	Año	Marca y modelo

L. ¿Tiene usted un ayudante que provee asistencia en su vivienda? Si No

Si la respuesta es sí, Por favor complete lo siguiente:

Nombre	Número de Seguro Social #
¿Paga usted por este servicio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, Por favor explique:

M. ¿Ha sido usted o algún miembro de su núcleo familiar (listado arriba) alguna vez arrestado por cualquier actividad criminal relacionada a las drogas desde que usted se mudó o desde su última reexaminación?

Si No Si la respuesta es Sí, Por favor de las fechas, cargos, ciudad y estado:

N. ¿Usted o cualquier miembro de su núcleo familiar (listado arriba) ha sido arrestado alguna vez por cualquier delito mayor criminal violento que tiene como elemento el uso, atentado el uso, o la amenaza del uso de fuerza física en contra de una persona o la propiedad de otro desde que usted se mudó o desde la última reexaminación?

Si No Si la respuesta es Sí de las fechas, cargos y ciudad y estado:

O. ¿Ha sido alguien en esta aplicación alguna vez arrestado, o detenido por la policía por un crimen (Aparte de violaciones al tráfico) desde que usted se mudó o desde su última reexaminación? Si No

Si la respuesta es Sí, Por favor de las fechas, cargos, ciudad y estado:

P. ¿Está usted o algún miembro de su núcleo familiar sujeto a un requerimiento de registración como un abusador sexual de por vida en cualquier estado?

Si No Si la respuesta es sí, Cual es el estado: _____,

Q. ¿Usted u otro adulto de su hogar alguna vez han usado otros nombres o números de seguro social aparte de los que usted a listado en este documento? Si No

R. ¿Usted u otro miembro adulto de su núcleo familiar ha vendido cualquier negocio o bienes en los últimos 2 años por menos de su valor total? ____ Si ____ No Si la respuesta es Sí, Explique:

S. GASTOS MÉDICOS – FAMILIAS DE ANCIANOS O DISCAPACITADOS SOLAMENTE

Si el jefe de familia o la esposa del jefe de familia es : a) 62 años de edad o mayor; b) Una familia cual jefe , esposa o miembro único es una persona con discapacidades; de dos personas o más con discapacidades viviendo juntas o una o más personas con discapacidades viviendo con una o más ayudantes que proveen asistencia en su vivienda o C) Y si algún miembro del núcleo familiar paga por las medicinas, tratamiento médico, dentales, seguro médico o artefactos prescritos los cuales no son reembolsables, traiga la verificación de los costos mensuales-anales médicos. Usted puede traer las facturas de las medicinas o una declaración de su farmacista detallando las medicinas y su costo. Asegúrese de traer sus estados de cobertura médica y de Medicare con usted.

Nombre de la Farmacia	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal
-----------------------	-----------	-------------------------------

Nombre de la Farmacia	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal
-----------------------	-----------	-------------------------------

Nombre del Doctor o Centro Médico	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal
-----------------------------------	-----------	-------------------------------

Nombre del Doctor o Centro Médico	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal
-----------------------------------	-----------	-------------------------------

Nombre del Doctor o Centro Médico	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal
-----------------------------------	-----------	-------------------------------

Nombre del Doctor o Centro Médico	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal
-----------------------------------	-----------	-------------------------------

GASTOS ACTUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR (Estimado mensual, Si usted no tiene por favor ponga \$0.00)

Electricidad _____ Teléfono _____ Auto _____ Seguro de Automóvil _____
Gas _____ Gasto Médico _____ Prestamos _____ Tarjetas de Crédito _____
Agua _____ Seguro Médico _____ Seguro de Vida. _____
Costo por el cuidado de niños _____ Cable _____ Muebles _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	# Teléfono	Dirección
--------	----------	------------	-----------

Nombre	Relación	# Teléfono	Dirección
--------	----------	------------	-----------

APLICANTE /AVISO Y CERTIFICACIÓN AL INQUILINO

Yo (Nosotros) certifico (certificamos) que la información otorgada a la Autoridad de Vivienda basada en la composición familiar, ingresos, bienes netos familiares, pagos y deducciones es exacta y completa a lo mejor de mí/nuestro conocimiento y creencia. Yo(Nosotros) entiendo (entendemos) que la información o declaraciones falsas son castigables bajo la ley federal. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que la información o declaraciones falsas son causales para la cancelación de la asistencia de vivienda y la cancelación del inquilinato.

*Después de ser verificada, la información por este PHA, será enviada al HUD en el formulario HUD-50058(Resumen de datos del Inquilino un facsímil generado por computadora del formulario, o en una cinta magnética. Por favor vea La ley federal sobre la privacidad, para mayor información acerca de su uso)

¡CUIDADO! TITULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, DECLARA QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE QUE DE MANERA CONCIENTE Y VOLUNTARIA HACE UNA DECLARACION FALSA O FRAUDULENTA A CUALQUIER DEPARTAMENTO DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Yo por la presente juro y atestiguo que toda la información acerca de mí y mi núcleo familiar es verdadera y correcta. Yo entiendo también que todos los cambios en los miembros de mi núcleo familiar, o de ingresos deben de ser reportados inmediatamente a la Autoridad pública de vivienda **POR ESCRITO** a más tardar dentro de 14 días en que tomaron efecto.

Yo declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes de los Estado Unidos de América y del Estado de Carolina del Sur que la información contenida en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.

Firma del Jefe de Familia	Fecha	Firma del Jefe de Familia	Fecha
Firma de otro Adulto	Fecha	Firma de otro Adulto	Fecha

La Autoridad de Vivienda de Fort Mill refuerza la ley de violencia en contra de las mujeres) normativas del VAWA. La normativa tiene algunas de los siguientes metas y objetivos:

- Asegurar la seguridad física de las víctimas reales o amenazadas por violencia doméstica, violencia en citas, o acecho quienes son asistidas por la Autoridad de Vivienda de Fort Mill con la cooperación y asistencia de las víctimas
- Proveer y mantener oportunidades de vivienda para las víctimas de violencia doméstica, violencia en citas, o acecho.
- Crear y trabajar para mantener arreglos colaborativos entre la seguridad pública, proveedores de servicios a las víctimas y otros para promover la seguridad y el bienestar de las víctimas reales de Violencia doméstica, amenazadas por violencia doméstica, violencia en citas o acecho.
- Tomar la acción apropiada en respuesta al incidente o incidentes de violencia doméstica, violencia en citas, o acecho

Esta normativa es también neutral en género y sus protecciones son disponibles a hombres como también a mujeres. Esta información debe ser proveída por la víctima en un formulario certificado del HUD. Toda información(Incluyendo el hecho que una persona es víctima de violencia doméstica , violencia de citas o acecho) provista a la Autoridad de Vivienda o de la Sección 8 dueño o administrador, debe mantenerse confidencialmente y no debe ser ingresada en ninguna base de datos compartida, ni debe ser dada a ninguna entidad relacionada excepto donde esta es requerida por la victima por escrito, requerida para un desalojo de vivienda pública o asistencia para la sección 8 como permitido por normativa, o requerido por la ley.