

ENVÍE DE REGRESO SÓLO ESTE FORMULARIO

EL FORMULARIO PUEDE ENVIARSE A: LOUISVILLE METRO HOUSING AUTHORITY, 420 South 8TH ST., LOUISVILLE, KY. 40203

LLENE EL FORMULARIO CON LETRA DE MOLDE/CLARA

EL NO COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES PUEDE RETRASAR LA TRAMITACIÓN DE SU SOLICITUD.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE _____
(Apellido[s]) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)
DOMICILIO POSTAL _____
(Calle) (No. Depto.)

(Ciudad) (Estado) (Código postal) (No. de teléfono de casa) (No. celular)

INFORMACIÓN ÚNICAMENTE PARA FINES ESTADÍSTICOS

RAZA: _____ Blanca _____ Nativo de América del Norte/Alaska _____ Negro _____ Asiático/Isleño del Pacífico

GRUPO ÉTNICO (marque uno): _____ Hispano _____ No hispano

MENCIONE A TODAS LAS PERSONAS, INCLUYÉNDOSE USTED, QUE VIVIRÁN EN LA MISMA UNIDAD ASISTIDA

*** Al menos uno de los familiares mencionados a continuación debe tener la condición de residente legal para que la familia se pueda considerar para recibir el apoyo a la vivienda***

<u>Nombre legal completo</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Fecha de nacim.</u>	<u>Edad</u>	<u>Género</u>	<u>No. Seguro Social</u>	<u>Discapacitado o minusválido Indique Sí</u>
_____	Cabeza del hogar	____/____/____	____	____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	____	____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	____	____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	____	____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	____	____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	____	____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	____	____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	____	____	_____	_____

(Incluya familiares adicionales en una hoja por separado. Asegúrese de indicar el nombre, parentesco, fecha de nacimiento, edad, sexo y el número de seguro social)

Si el/la cabeza del hogar mencionada es **menor** de 18 años, ¿está legalmente emancipado? _____

¿Está inscrito en una institución de enseñanza superior? _____ ¿Es usted veterano? _____

FUENTES DE INGRESO:

Describa todos los cheques o dinero que usted y todas las personas que vivirán en el hogar asistido reciben actualmente. Consulte la HOJA DE INFORMACIÓN en la que se explican los EJEMPLOS de ingresos que deben incluirse.

MIEMBRO(S) DEL HOGAR	FUENTE DE INGRESOS	INGRESO ANNUAL ESTIMADO
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
	Total de ingresos anuales	\$ _____

PARTICIPACIÓN ANTERIOR

¿Ha vivido o participado alguna vez en una vivienda pública o en un programa de la Sección 8? _____. Si respondió sí, cuándo y dónde _____.

¿Tiene usted alguna deuda pendiente con *Housing Authority*? _____. Si respondió sí, indique el monto si lo sabe \$ _____.

¿A usted o a algún miembro de su familia le han condenado por producción de metanfetamina dentro de una vivienda con asistencia federal? _____. Si respondió sí, fecha de la condena _____.

¿A usted o a algún miembro de su familia le han desalojado de una vivienda con asistencia federal en los últimos cinco años, debido a actividades delictivas relacionadas con drogas? _____. Si respondió sí, fecha del desalojo _____.

¿REQUIERE USTED ADECUACIONES DE ALOJAMIENTO para poder aprovechar al máximo los programas de vivienda y servicios relacionados de *Louisville Metro Housing Authority*? Sí _____. No _____.
Tipo de alojamiento que requiere _____.

ADVERTENCIA: La Sección 1001 del Artículo 18 del Código de los Estados Unidos establece que es un delito penal hacer declaraciones falsas o tergiversaciones intencionales ante cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos en cuanto a cualquier asunto dentro de su jurisdicción. Si la información es errónea o se omite del formulario, se determinará que la familia no es elegible al momento de tramitación de la solicitud.

A MI LEAL SABER Y ENTENDER, TODA LA INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD ES VERDADERA Y COMPLETA.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Oficina de Louisville Metro Housing Authority: 420 South Eighth Street, Louisville KY 40203 | Principal: (502) 569-3400 | Fax: (502) 569-7849



Aviso de derecho a alojamiento razonable: Si usted o alguien más en su hogar tiene una discapacidad - y como resultado de esta discapacidad, la persona necesita un alojamiento razonable con el fin de participar plenamente en el programa de Vivienda Pública – comuníquese con el Mediador para discutir las opciones de alojamiento. Se puede contactar con el mediador Programa de Vivienda Pública al (502) 569-1168. TDD 502-587-0831.

