

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA PRE-APLICACION PARA LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS DEL CONDADO DE MONTEREY (HACM)

EL PROYECTO BASADO DE VIVIENDAS (PBV)

El programa del Proyecto de Vivienda – Es una parte del programa de asistencia de Sección 8 (HACM) La Autoridad de Viviendas tiene un contrato con dueños de apartamentos específicos del Proyecto-Basado de vivienda para unir la ayuda del comprobante de la sección 8 para los siguientes lugares. Si usted está interesado en alguno de estos lugares por favor seleccione el cuadro en la pre-aplicación:

PROYECTO BASADO EN SALINAS

- Buena Vista Apartments-901 E. Market Street, Salinas (4 recámaras) 4 unidades
- Tynan Village-Salinas (4 recámaras)

PROYECTO BASADO EN EL CONDADO Del SUR

- Benito Street Affordable-Soledad (1-5 recámaras) 24 unidades
- Monterey Street Affordable-Soledad (1-5 recámaras) 10 unidades
- Fano Vista-Gonzales (1-4 recámaras) 43 unidades

PROYECTO BASADO EN LA PENINSULA

- Rippling River-Carmel Valley (1 recámara) 78 unidades
*Solo para personas de la tercera edad y personas con discapacidades

Si después de que haya arrendado por un año bajo del Programa Proyecto Basado de S8 (PBV) usted quiere mudarse, usted puede llevarse el comprobante con usted a otro lugar que usted quiera siempre que usted cumpla con los requisitos del programa.

- 1) **CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS Y ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE** -. Solo serán aceptadas las solicitudes completas y legibles.
- 2) Conteste a todas las preguntas que apliquen a cada persona que esté viviendo en su casa.
- 3) Envíe o entregue la solicitud a **La Autoridad de la Viviendas del Condado de Monterey (oficina principal) localizada en la calle de 123 Rico, en Salinas, CA 93907 o por fax al número (831) 424-9153.**
- 4) Solo serán aceptadas los pre-aplicación que sean entregadas, enviadas a la dirección mencionada arriba o mandadas por fax.
- 5) La pre-aplicación se pone en una lista de espera automatizada de acuerdo a la fecha y la hora recibidas, así como a las preferencias locales calificativas
- 6) Todos los solicitantes deben ser elegibles bajo los ingresos límites del Departamento de Desarrollo Urbanos (HUD) de los Estados Unidos. Los límites de ingresos máximos están en la tabla de abajo

NIVELES DE INGRESO MÁXIMO efectivo del 1 de Diciembre del 2011

Numero de personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ingreso Máximo (50% Median Income) efectivo del 12/1/2011	24,250	27,700	31,150	34,600	37,400	40,150	42,950	45,700	48,450	51,250	54,000	56,750

La póliza de HACM es de ofrecer adaptaciones razonables a las personas con discapacidades para que también puedan participar en sus programas de vivienda. Para solicitar una adaptación razonable, puede ponerse en contacto con la coordinadora de la Sección 504, Jean Goebel; ponga su petición por escrito en la Oficina Central ubicada en 123 Rico Street, Salinas, CA 93907 o por teléfono al (831) 775-5022 o por TDD en (831) 754-2951

Si cree haber sido discriminado, puede llamar a la agencia de Vivienda Justa o la agencia Nacional de Igualdad de Viviendas y presentar una queja, el número gratuito es 1-800-347-3739.

Envíe o entregue a:

Housing Authority of the County of Monterey
123 Rico Street, Salinas, CA 93907
(831) 775-5000 TDD (831) 754-2951
Fax (831) 424-9153



PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Num. de aplicación _____

Pre-aplicación para el

PBV-Salinas **PBV-Condado del Sur** **PBV-Península**

Por favor impresión claramente y legible.

Ultimo Apellido _____ Primero Nombre _____

Dirección de correo _____ Apto # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección presente: _____

¿Cuanto tiempo actualmente a la dirección de arriba? _____ Renta Mensual \$ _____ Estimar costo de utilidades _____

de teléfono # () _____ # de celular () _____ # de mensaje () _____

COMENZANDO CON UD.-Liste todas las personas que vivirán en su casa. Toda la información se debe dar para cada persona. Liste todo el dinero ganado o recibido por **TODOS LOS** miembros que vivirán en su casa incluyendo UD. Esto incluye el dinero de salarios, de pensiones, de la Seguridad Social, de SSI, TANF/Cal-Works, beneficios de jubilación, de contribuciones, del empleo, del desempleo, etc.)

Ultimo Apellido	Primero Nombre	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Relación al jefe de Casa	Num. de Seguro Social	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos
1.				<i>Cabecilla</i>			
2.							
3.							
4.							

(Use detrás de la forma para adicional espacio si es necesario.)

Para Propósito de Acomodaciones-UD reclama lo siguiente:

Discapacidades de Movilidad Impedimento de Auditivo Impedimento de Visual

Raza/Étnica: Esta información es confidencial y es usado únicamente por el gobierno con el propósito de conforme a las leyes de Oportunidad e Igualdad. Su cooperación voluntaria en el abastecimiento de la información se apreciara y no afectará su lugar en la lista de espera

Blanco Negro/Africano Americano Negro/Africano Americano y Blanco Asiático Asiático y Blanco
 Indio Americano/Alaska Nativo Indio Americano/Alaska Nativo y Negro/Africano Americano
 Indio Americano/Alaska Nativo y Blanco Hawaiano Nativo/Islas del Pacifico Otro: _____

Ethnicidad/Hispano/Latino

Si No Si, Mexicano/Chicano Si, Cubano Si, Puertorriqueño
 Si, Otro Hispano/Latino: _____

- 1. Alguna vez ha violado anteriormente las obligaciones Del programa de Viviendas Publicas? Si No
- 2. Alguna vez ha vivido en asistencia de viviendas o Sección 8 cualquier ciudad? _____ Si No
- 3. Alguna vez ha cometido violaciones de felonía/posesión de drogas o actividades violentas? Si No
- 4. Le debe dinero a La Autoridad de Viviendas? Si No
- 5. UD. O un miembro de su familia ha sido sometido a registrarse por vida de ofensores sexuales? Si No

ADVERTENCIA: Título 18 U.S.C. 1001 proporciona en la parte que quienquiera con conocimiento y voluntarioso las marcas o utiliza el documento que contiene falso, la declaración o la entrada ficticia o fraudulenta en cualquier materia en la jurisdicción o cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos será multada no más que \$10.000 o encarcelada por no más que cinco (5) años, o ambos.



Continuar en la página siguiente



AVISO: Es requerido que UD. notifique a La Autoridad De Viviendas por escrito de cambios de domicilio. Si en caso que no podamos comunicarnos al domicilio reciente en su archivo, su nombre se le retirara de las lista de espera.

Yo certifico que la informacion esta exacta y completa y entiendo que cualquier falsedad descalificara el solicitante. Yo autorizo al dueno en obtener verificacion de credito, empleo y contactar cualquier propietario previo. Firmando esta forma, certifico la informacion es verdadera y correcta. Aplicaciones sin firmas no seran procesadas.

Firma de Jefe de familia

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

Utilice este espacio para agregar a los miembros adicionales de la familia que vivirán en su casa.

Ultimo Apellido	Primero Nombre	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Relación al jefe de Casa	Num. de Seguro Social	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos
5.				<i>Cabecilla</i>			
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							