

Please deliver or mail to:

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



TO BE COMPLETED BY MANAGER
Application #: _____

Pre-application for:
Monterey Street Affordable
266 First St. Soledad, CA 93960

Please print clearly and legibly.

Name of household: _____
First Name Middle Name Last Name

Mailing Address City State Zip Code

Permanent Address if different from above _____

How long at present address? _____ Monthly Rent \$ _____ Estimated Utilities \$ _____

Day Phone # () _____ Cell Phone # () _____ Message Phone # () _____

BEGINNING WITH YOURSELF, list all persons who will live in your household. All information must be given for each person. List all money earned or received by **ALL** members living in your household including yourself. This includes money from wages, pensions, Social Security, SSI, Child Support, TANF/Cal-Works, contributions, employment, unemployment, etc.)

| Last Name | First Name | Sex M/F | Date of Birth | Relationship To Head of Household | Social Security Number | Monthly Income | Source of Income |
|-----------|------------|------------|------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|
| 1. | | | | Head | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |

(Use back of form for additional space if necessary.)

For Accommodation Purposes-Do you claim the following:

Mobility Impairment Hearing Impairment Sight Impairment

Do you or a member of the household claim status as a person with a disability?

Yes No If yes, who? _____

Do you or any member of your household need special features in a rental unit (for example wheelchair access)? Yes No

If yes, what features do you need? _____

Race/Ethnicity: This information is confidential and is only used for government reporting purposes to monitor compliance with equal opportunity laws. Your voluntary cooperation in providing the information is appreciated, and will not affect your place on the waiting list.

White Black/African American Black/African American and White Asian Asian and White
 American Indian or Alaska Native American Indian/Alaska Native and Black/African American
 American Indian or Alaska Native and White Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other: _____

Hispanic/Latino Ethnicity

Yes No Yes, Mexican/Chicano Yes, Cuban Yes, Puerto Rican
 Yes, Other Hispanic/Latino: _____

1. Have you ever violated a previous family obligation with a HUD Program? Yes No
2. Have you ever lived in Public Housing or Section 8 Housing in any City? Yes No Where? _____
3. Have you ever engaged in felonious use/possession of drugs or violent criminal activity? Yes No
4. Do you owe any money to a Public Housing Authority? Yes No
5. Is any household member subject to a lifetime registration requirement under a State sex offender program? Yes No Where? _____



Continue on next page



Use this space to list additional family members that will live in your household.

| Last Name | First Name | Sex M/F | Date of Birth | Relationship To Head of Household | Social Security Number | Monthly Income | Source of Income |
|-----------|------------|------------|------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | |

WARNING: Title 18 U.S.C. 1001 provides in part that whoever knowingly and willfully makes or uses document containing any false, fictitious or fraudulent statement or entry in any matter in jurisdiction or any department or agency of the United States shall be fined not more than \$10,000 or imprisoned for not more than five (5) years, or both.

PLEASE NOTE: You are required to notify the Eligibility Department *in writing* of any change of address. If we cannot contact you at the listed address, your name will be removed from the waiting list.

I certify that the information given is accurate and complete and understand any misrepresentation will disqualify the application. I authorize the owner to obtain a credit report(s) verify or check any of the information given including credit references, employment, and income and contact any previous landlords. By signing this form, I certify the information to be true and correct.

Applications cannot be processed without signature.

Signature of the Head of household

Date

Co-Applicant's Signature

Date

2018 INCOME LIMITS FOR MONTEREY COUNTY PUBLIC HOUSING

Number of Persons in Family — Very Low Income (50% Median Income) as of 04/01/2018

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

29,250 33,400 37,600 41,750 45,100 48,450 51,800 55,150 58,450 61,800 65,150

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:
Monterey Street Affordable
266 First St. Soledad, CA 93960

Por favor impresión claramente y legible.

Nombre de familia: _____
Primer Nombre **Segundo Nombre** **Ultimo Apellido**

Dirección de envío **Ciudad** **Estado** **Codigo Postal**

Dirección Permanente si es diferente del anterior: _____

¿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. | | | | Cabecilla | | | |
| 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

¿Usted o un miembro del hogar reclama una discapacidad?

Si No ¿Quien? _____

¿Usted o algún miembro de su hogar necesita características especiales en una unidad de alquiler (por ejemplo, el acceso en silla de ruedas)? Si No

¿Qué características necesita? _____

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



Continuar en la página siguiente



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. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | |

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.

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 la 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 Cabecilla

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

2018 LOS LIMITES DE INGRESOS PARA LA VIVIENDA PÚBLICA DEL CONDADO DE MONTEREY

Número de Personas en la familia — Ingresos muy bajos (50% Ingreso medio) a partir de 04/01/2018

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 29,250 | 33,400 | 37,600 | 41,750 | 45,100 | 48,450 | 51,800 | 55,150 | 58,450 | 61,800 | 65,150 |

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION – REASONABLE ACCOMMODATION

It is the policy and intention of this Housing Authority to comply in all of its policies and procedures affecting all of its programs and activities, including employment and housing with all federal, state and local regulations prohibiting discrimination on the basis of race, color, creed, sex, ancestry, national origin, religion, age, family states, sexual orientation, marital status, or disability.

If you have a documented physical, mental or developmental impairment that substantially limits one or more major life activities; have a record of such impairment; or are regarded as having such impairment, the HACM would like to know what your special needs are so they can be readily addressed. Please notify the HACM of your special needs, if any, at the time of your annual Recertification.

It is the policy of HACM to provide a reasonable accommodation to those persons with disabilities so that they can participate equally in its housing programs. To request a reasonable accommodation, you may contact the Section 504 Coordinator, Socorro Vasquez, in writing at the Central Office located at 123 Rico Street, Salinas CA 93907 or by telephone at (831) 775-5000 or by TDD at (831) 754-2951.

This Agency will not directly or through contractual, licensing or other arrangements permit or engage in discrimination in admission or access to or treatment or employment in, its federally assisted programs and activities

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN - ADAPTACIONES RAZONABLES

Es la póliza y la intención de esta Autoridad de Vivienda acatar todas sus pólizas y procedimientos que afectan a todos sus programas y actividades, incluidos el empleo y la vivienda con todas las leyes federales, estatales y locales que prohíben la discriminación con base a raza, color, credo, sexo, ascendencia, origen nacional, religión, edad, el estado de la familia, orientación sexual, estado civil o discapacidad.

Si usted tiene un impedimento físico, mental o del desarrollo que este documentado que limita sustancialmente una o más actividades importantes de su vida; tiene un registro de tal impedimento, o se considera que tiene tal impedimento, a HACM le gustaría saber cuáles son sus necesidades especiales para que puedan ser fácilmente abordados. Por favor notifique a la HACM sus necesidades especiales, si existe alguna, en el momento de su re-certificación anual.

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, Socorro Vasquez, ponga su petición por escrito en la Oficina Central ubicada en 123 Rico Street, Salinas, CA 93907 o por teléfono al (831) 775-5000 o por TDD en (831) 754-2951

Esta Agencia no directamente o a través de la concesión de licencias contractuales u otras disposiciones permite o practica la discriminación en la admisión o acceso a, o tratamiento o empleo en, sus programas y actividades que reciben asistencia federal.