



New Hampshire Housing
Bringing You Home

Assisted Housing
Fax: 472-8729
(800) 439-7247

Home Ownership
Fax: 472-2663
(800) 649-0470

Littleton Office
Fax: 444-7604
(800) 622-5266

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA APLICACION

- Si usted o alguien en su familia es una persona incapacitada, y necesita que nos acomodemos a sus necesidades en cuanto a la forma como nos comunicamos con usted o en cuanto a su aplicación, por favor lea la página siguiente acerca de cómo comunicarse con nosotros para solicitar una acomodación razonable.
- Nos puede tomar cerca de 30 días el procesar su aplicación. Después de 30 días, si usted no ha recibido una carta de confirmación, llame al 1-800-439-7247, extensión 9210.
- Si usted cambia de residencia y no nos informa, su archivo será inactivado durante el proceso anual de actualización, lo cual significa que usted tendrá que aplicar nuevamente.
- Conteste todas las preguntas en el formulario de aplicación. No deje de contestar ninguna pregunta. Si la pregunta no aplica a su caso como por ejemplo, “cual es su número de teléfono”, y usted no tiene teléfono, escriba “no tengo”. Todas las preguntas Sí o No, deberán ser respondidas con un Sí o un No.
- Si no hay espacio suficiente para contestar una pregunta en particular, o para proveer una explicación, por favor adjunte una o mas páginas a la aplicación.
- A menos que se indique específicamente en éste formulario, las preguntas aplican a todos los miembros de la familia.
- La información que usted proveerá en esta aplicación deberá ser veraz y precisa. Es una violación de las leyes criminales tanto a nivel estatal como federal, el hacer declaraciones falsas en una aplicación para asistencia de vivienda. Si usted no entiende una pregunta, por favor comuníquese con la oficina de asistencia de vivienda.
- La persona que legalmente encabeza la familia al igual que el esposo(a), deberá firmar el formulario de aplicación.
- Tenga en cuenta que NHHFA conducirá chequeos del pasado criminal (Criminal Background Check) y del Registro de Delincuentes Sexuales (Sex Offender Registration Check) para todos los adultos en el hogar (incluyendo a las personas que viven en el hogar como asistentes).

Para cumplir con los requisitos para recibir asistencia un solicitante debe:

- Tener ingresos anuales en el momento de la admisión al Programa que no excedan los límites establecidos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (U.S. Department of Housing and Urban Development, o HUD).
Usted encontrará éstos límites si visita nuestra página de Internet al www.nhhfa.org.
- Cumplir con los requisitos de ciudadanía y estado migratorio impuestos por HUD.
- Proporcionar verificación de los números de Seguro Social de todos los miembros del hogar.
- Devolver dineros que se le deben a NHHFA o a cualquier otra Oficina de Vivienda Pública.
- No estar sujeto a registrarse de por vida debido a algún delito sexual cometido.
- Firmar formularios de autorización para que NHHFA pueda verificar los diferentes requisitos para participar en el Programa de Sección 8.
- No tener miembros en la familia involucrados en actividades criminales que pongan en peligro la vida, la salud, la seguridad o el derecho a disfrutar de manera pacífica del vecindario a los demás residentes.
- No tener miembros en el hogar que estén involucrados en actividades criminales relacionadas con las drogas, o actividades criminales violentas.

Devuelva la aplicación a la oficina del correo en Manchester que se indica abajo.



New Hampshire Housing
Bringing You Home

Assisted Housing
Fax: 472-8729
(800) 439-7247

Home Ownership
Fax: 472-2663
(800) 649-0470

Littleton Office
Fax: 444-7604
(800) 622-5266

NOTIFICACIÓN SOBRE EL DERECHO A UNA ACOMODACIÓN RAZONABLE

Si usted es una persona incapacitada y como resultado de su incapacidad usted necesita

- un cambio en nuestras reglas, normas o procedimientos lo cual le proporcionaría una igualdad de oportunidades para poder usar su comprobante (Voucher),
- un cambio en la manera en que nos comunicamos con usted o en que le damos la información;

usted puede solicitar este cambio, que se llama ACOMODACIÓN RAZONABLE

Si usted puede demostrar que tiene una incapacidad y su solicitud de cambio es razonable (no representa una carga económica o administrativa excesiva, lo cual significa que no sea demasiado costoso y difícil de establecer), nosotros trataremos de hacer los cambios que usted solicite.

Le contestaremos dentro de los 30 días siguientes, a menos que tengamos dificultades al obtener la información que necesitamos o a menos que usted acepte esperar un tiempo más largo. Le informaremos si necesitamos más información o verificación de parte suya, o si quisiéramos hablar con usted acerca de otra forma de satisfacer sus necesidades.

Si negamos su solicitud, le explicaremos las razones y usted nos puede presentar más información si le parece que eso ayudará.

Si necesita ayuda para llenar un **FORMULARIO PARA SOLICITAR UNA ACOMODACIÓN RAZONABLE**, o si desea presentar su solicitud de otro modo, nosotros le ayudaremos.

Para conseguir un **FORMULARIO PARA SOLICITAR UNA ACOMODACIÓN RAZONABLE**:

1. **llame** al 1-800-439-7247 desde cualquier lugar de los Estados Unidos
2. **llame** a la línea de TDD (para personas con problemas de audición) 603-472-2089
3. **vaya** a la oficina principal de New Hampshire Housing Finance Authority ubicada en 32 Constitution Drive, Bedford, NH
4. **vaya** a la oficina de New Hampshire Housing Finance Authority ubicada en 41 Cottage Street, Littleton, NH,
5. **escribanos** a New Hampshire Housing, P.O.Box 5087, Manchester, NH 03108 y le enviaremos un formulario.
6. **vaya** a nuestra página web al www.nhhfa.org y localice el formulario bajo rental assistance.

NOTA: Mantendremos confidencial toda la información que nos proporcione y la usaremos solamente para ayudarle a obtener igualdad de oportunidades en relación con la vivienda.



Aplicación Preliminar Elección de Vivienda Comprobantes de Asistencia de Renta

Nombre legal de la cabeza de familia: _____

Dirección Actual: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Dirección para enviarle correo (si es diferente a la de arriba): _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Por favor completar ésta sección para la Cabeza de Familia:

Número de Seguro Social _____

Usted habla Inglés? [] bien [] no bien [] nada de Inglés?

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) _____

Usted habla otro idioma diferente al Inglés en su casa? [] Sí [] No

Si no habla inglés bien, qué idioma habla bien? _____

Sexo [] Hombre [] Mujer

Indique los que aplican:

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Africano Americano
- Nativo Hawaiano u otras Islas Pacíficas
- Blanco
- Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco
- Asiático y Blanco
- Negro o Africano Americano y Blanco
- Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Africano Americano
- Otras combinaciones de razas: _____

Escoja solo uno:

- Hispano
- No-Hispano

Ingreso anual de la familia antes de Impuestos: \$ _____
(Incluya el ingreso anual antes de impuestos para todos los miembros de la familia.)

Cuántas personas vivirán en su hogar? _____

Cuántos adultos mayores de 18 años? _____

Cuántos dependientes menores de 18 años? _____

Nombre del esposo(a): _____

Composición del hogar [] Familia [] Ancianos [] Incapacitado (Indique todos los que aplican)

Por favor nombre a todas las personas que viven en su hogar:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para uso de la Oficina de Vivienda Pública:

Program _____ Preference _____ Date recvd: _____

Revised 6/2011

PBA: _____

MR: _____

FSS _____

Si usted o alguien en su familia es una persona incapacitada y necesita que nos acomodemos a sus necesidades en cuanto a la manera como nos comunicamos con usted, o en lo relacionado con esta aplicación, por favor consulte la página anterior acerca de la “Notificación sobre el derecho a una Acomodación Razonable”.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. Hay en su hogar uno o mas adultos que sean estudiantes universitarios de medio tiempo o de tiempo completo? *Si su respuesta es afirmativa, por favor tenga en cuenta que se determinará si usted cumple con los requisitos una vez encabece la lista de espera o antes de la admisión al programa Project Based Program.* Sí No

2. Ha usted usado alguna vez un nombre diferente al que está actualmente usando? Si es así por favor explique: _____ Sí No

3. Ha usted recibido asistencia para la renta alguna vez? Donde? _____ Cuando? _____ Bajo cuál nombre? _____ Sí No

4. Hay alguien en su hogar que tiene que registrarse de por vida de acuerdo con la ley de registro estatal para delincuentes sexuales? Si es así, cuál es el miembro de la familia? _____ Sí No

5. Ha usted o algún miembro de su hogar, participado, o ha sido arrestado o condenado por un delito relacionado con las drogas? *Actividad delictiva relacionada con las drogas se define como la manufactura, venta, distribución o uso ilegal de drogas, o la posesión de las mismas con la intención de manufacturar, vender, distribuir, o destinar para uso propio.* **Si es así, indique quién, cuándo y dónde.** Explique detalladamente: _____ Sí No

6. Se ha encontrado usted o alguien en su hogar envuelto en una actividad criminal violenta, o ha sido arrestado o condenado por participar en un crimen violento? *Actividad delictiva violenta se define como cualquier actividad criminal que tiene como uno de sus elementos el uso o amenaza de uso de la fuerza física suficiente para causar o que razonablemente pudiese causar serias lesiones corporales o a una propiedad, incluyendo pero no limitado al asesinato, homicidio preterintencional, asalto, violación, robo, incendio intencional y secuestro.* **Si es así, indique quién, cuándo y donde.** Explique detalladamente: _____ Sí No

7. Ha usted o algún miembro de su hogar, cometido fraude durante su participación en un programa de asistencia de vivienda, o se le ha pedido que devuelva dineros a dicho programa por dar información falsa? **Si es así, indique quién, dónde y cuándo.** Explique detalladamente: _____ Sí No

Por medio presente juro que la información que he dado es veraz y precisa. Yo entiendo que cualquier información falsa o el no divulgar información que se pida en este formulario puede resultar en que se me niegue la consideración de admisión o participación en el programa, y que puede ser motivo para que se me suspenda la asistencia. La información que usted nos ha dado se verificará por medio de comparaciones con los datos computarizados de otras agencias federales, por intermedio del proceso Upfront Income Verification (UIV) de HUD. De esta manera se verificará la exactitud de los ingresos reportados por usted incluyendo, pero no limitado, a sueldos, ingresos de desempleo y de Seguro Social. **Yo entiendo que se requiere que yo le informe al New Hampshire Housing (por escrito) de cualquier cambio en mi dirección. Si no es posible que se comuniquen conmigo a la dirección arriba indicada, entiendo que mi nombre se removerá de la lista de espera y tendré que aplicar nuevamente.**

ADVERTENCIA!

El artículo 1001 del Título 18 del código de los Estados Unidos indica que una persona es culpable de un delito mayor si a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas ante cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos, y deberá ser multada por no más de \$10,000 o encarcelada por no más de cinco años, o los dos.

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Cabeza de familia)

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Esposo(a) u otro adulto)

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Otro Adulto)

***Por favor vaya a la página 3 para información referente a nuestras preferencias. Si usted no escoge una de éstas preferencias, se le incluirá en la lista de espera sin preferencia lo cual afectará su tiempo de espera.**



Actualmente New Hampshire Housing ofrece las siguientes preferencias y programas los cuales pueden afectar su lugar en la lista de espera. Por favor indique con una marca si usted piensa que reúne los requisitos necesarios para recibir esta asistencia. Si en el futuro se propone un cambio en estas preferencias, se conducirá una audiencia pública y el resultado podrá afectar su lugar en la lista de espera.

Preferencias

___ Un miembro del hogar padece de una enfermedad terminal (con resultado de muerte dentro de un período de 24 meses por certificación médica.)

Por favor indique el nombre del miembro del hogar padece de tal enfermedad: _____

___ Yo/nosotros reúno/reunimos los requisitos para recibir servicios de Home and Community Based Waiver Programs (HCBC). Esto quiere decir que ésta persona cumple con los requisitos para recibir servicios de cuidado en una institución residencial pero su deseo es el de permanecer en la comunidad. Por favor indique el nombre del miembro del hogar que reúne éstos requisitos: _____

___ Corro el riesgo de llegar a estar sin hogar porque:

- Pago más de la mitad de mis ingresos brutos en alquiler, o
- Yo/nosotros vivo/vivimos con amigos o familiares debido a una emergencia o por el hecho de no tener un hogar. Este es un arreglo temporal. Mi nombre no aparece en el contrato de arrendamiento. Si no estuviera viviendo donde estoy, me encontraría desamparado, o
- Estoy viviendo de una manera que no es habitable, como por ejemplo en un campamento u otro lugar temporal.

___ Actualmente estoy sin hogar, lo que significa que:

- Yo/nosotros vivo/vivimos en un refugio (shelter) y no tenemos una residencia fija, normal ni adecuada donde pasar la noche, y que tenemos una residencia primaria para pasar la noche que es un refugio supervisado y manejado por el gobierno o el sector privado y que está designado a proveer asistencia temporal (incluyendo hoteles de asistencia social (welfare hotels), refugios de congregación y viviendas de transición), o
- Yo/nosotros vivo/vivimos en un hospital o institución que provee residencia temporal a personas que deben de ser internadas, o yo/nosotros vivo/vivimos en un lugar público o privado que no se usa normalmente ni es para que un ser humano pase la noche.

Programas Especiales:

___ La cabeza de familia, su cónyuge o si la cabeza de familia es el único miembro del hogar es una persona incapacitada y desea ser tenido en cuenta para el programa de los 20 Mainstream Vouchers

___ Reúno los requisitos para recibir servicios a través del programa ACCESS Transition porque:

- Vivo en un hogar de ancianos, un hogar ayuda de asistencia de vivienda, cuidado residencial, residencia comunal o vivienda de congregación, y tengo menos de 62 años de edad y quisiera vivir de manera más independiente.

NH Housing ha presentado una aplicación para comprobantes bajo el Programa de Unificación Familiar. Si los recibimos, podremos proveer asistencia bajo este programa. Por favor indique si usted cumple con los requisitos para participar:

- ___ Somos una familia con un hijo(s) menor (es) de 18 años que vive (n) con nosotros (sus padres) y que no han podido ser integrados nuevamente al hogar debido a que no tenemos vivienda adecuada.; o
- ___ Somos una familia con un hijo (s) menor (es) de 18 años y la razón principal por la cual el menor (es) va a ser sacado del hogar es por la falta de vivienda adecuada; o
- ___ Soy un joven entre los 18 y 21 años quien dejó a sus padres adoptivos a la edad de por lo menos 16 años, y quien no tiene vivienda adecuada.

Listas de espera adicionales: (Su aplicación de Sección 8 no se verá afectada si usted decide que lo incluyamos en una o más de éstas listas de espera)

Es mi meta ser autosuficiente, por lo tanto, quisiera ser incluido en una lista de espera del Programa Familias Autosuficientes (Family Self Sufficiency Program) el cual me ayudará a alcanzar ésta meta. (El programa tiene requisitos en cuanto al trabajo, y le asistirá a alcanzar metas en lo relacionado con la manera de aumentar sus ingresos o con la meta de comprar una casa). [] Sí [] No

Las listas de espera para asistencia bajo los programas Project Based y Mod Rehab se encuentran al final de ésta aplicación. Por favor lea la descripción de éstas dos opciones en las páginas 4 y 5, e indique si usted desea ser incluido en las listas de espera para éstos dos programas.

Nombre de la cabeza de familia: _____ Número de Seguro Social: _____

Mi nombre: _____ Mi número de Seguro Social: _____

Opción de Project Based Voucher (Comprobante):

Las siguientes propiedades tienen un número fijo de viviendas las cuales son subsidiadas. Un inquilino que viva en una de estas viviendas pagará el 30% de sus ingresos mensuales después de ajustes. El dueño maneja la selección de los inquilinos en la lista para cada propiedad y se comunicará con usted directamente para determinar si reúne los requisitos para obtener una vivienda vacante.

Si usted está interesado que se ponga su nombre en la lista de espera de alguna (s) de estas propiedades, por favor indíquelo marcando la línea apropiada. Si usted decide que se le incluya en la lista de espera de una propiedad específica bajo este Programa de asistencia Project Based, esto no afectará su posición en la lista de espera normal del Programa Housing Choice Voucher.

<input checked="" type="checkbox"/> Marque aquí si desea que se le incluya en la lista de espera de esta propiedad. *Propiedades que dicen "Ancianos" están designadas como viviendas para personas de la tercera edad. Los solicitantes deben tener 55 años o más, ó 62 años o más, dependiendo del criterio del dueño para escoger al inquilino	Ubicación de la Propiedad	Propiedad	Número de Viviendas con Asistencia	Viviendas para personas incapacitadas Marque el casillero si necesita este tipo de vivienda
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones	Dover (40)	Bellamy Mill 603-641-2163	7	
<input type="checkbox"/> 1 habitación *Ancianos 55+ <input type="checkbox"/> 2 habitaciones *Ancianos 55+	Deerfield (44)	Sherburne Woods 603-895-0389	15	<input type="checkbox"/> 1 habitación
<input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Farmington (43)	Mad River Apts. 603-516-0590	7	<input type="checkbox"/> 3 habitaciones
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones	Rochester (39)	Brookside Place 603-641-2163	22	
<input type="checkbox"/> 1 habitación *Ancianos 62+	Amherst (37)	Parkhurst Place 603-641-2163	10	<input type="checkbox"/> 1 habitación
<input type="checkbox"/> 1 habitación *Ancianos 62+	Pelham (38)	Pelhalm Terrace 603-641-2163	24	<input type="checkbox"/> 1 habitación
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones <input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Belmont (50)	Sandy Ledge 603-225-3295	3	
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones <input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Winchester (51)	Snow Brook 603-352-7512 x284	5	
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones	Lebanon & Enfield (42)	Upper Valley Transitional 802-748-8235	4	
<input type="checkbox"/> 1 habitación <input type="checkbox"/> 2 habitaciones	West Swanzey (41)	West Swanzey Family Housing 603-352-7512 X284	4	
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones <input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Penacook (45)	Willow Crossing 603-224-9221	4	<input type="checkbox"/> 2 habitaciones <input type="checkbox"/> 3 habitaciones
<input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Concord (45)	Willow Crossing 603-224-9221	4	
<input type="checkbox"/> 1 habitación <input type="checkbox"/> 2 habitaciones <input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Hinsdale (104)	Cheshire Housing Trust 603-357-7603	6	

Opción de Mod Rehab:

Las siguientes propiedades de Mod Rehab tienen viviendas disponibles algunas veces. Si quiere una de éstas viviendas, su la porción de su pago sería del 30% de sus ingresos mensuales después de ajustes. Ya que usted no recibe un comprobante (voucher) cuando se muda (lo que significa que como usted no tiene un comprobante, por consiguiente no lo puede transferir a otra vivienda y seguir recibiendo asistencia), usted podrá permanecer en la lista de espera del Programa Housing Choice Voucher mientras usted viva en una de estas viviendas. Si su nombre llega a encabezar la lista de espera del Programa Housing Choice Voucher durante el primer año de renta, usted tendrá que volver a poner su nombre ésta lista y esperar la próxima oportunidad. Nota: Si decide mudarse a una de estas viviendas de Mod Rehab, usted ya no cumpliría con los requisitos bajo la preferencia riesgo de estar sin hogar/ estoy sin hogar, debido a que no estaría gastando por lo menos la mitad (50%) de sus ingresos en la renta y servicios públicos, sino solamente 30%

Si usted está interesado en que lo contactemos cuando haya viviendas vacantes en una propiedad específica, por favor marque el casillero(s) apropiado(s). Esto no afectaría su posición en la lista de espera del Programa Housing Choice Voucher.

<input checked="" type="checkbox"/> Marque aquí si usted desea ser notificado si hay vacancias en una propiedad específica. Propiedades que dicen "Ancianos" están designadas como viviendas para personas mayores	Ubicación de la propiedad	Propiedad	Número de Viviendas con Asistencia
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones	Ossipee (6)	Pine Grove (603) 539-9546	15
<input type="checkbox"/> 0 habitaciones <input type="checkbox"/> 1 habitación <input type="checkbox"/> 2 habitaciones <input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Franklin (8)	Central Street (603) 934-3032	17
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones <input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Manchester (9)	School & Third St. (603) 641-9441	16
<input type="checkbox"/> 1 habitación <input type="checkbox"/> 2 habitaciones <input type="checkbox"/> 3 habitaciones	Hinsdale (14)	Post Office Square (603) 352-8329	10
<input type="checkbox"/> 1 habitación	Raymond (15)	Main Street (603) 895-6080	6
<input type="checkbox"/> 0 habitaciones <input type="checkbox"/> 1 habitación	Hinsdale (20)	Todd Block (603) 352-8329	20
<input type="checkbox"/> 1 habitación <input type="checkbox"/> 2 habitaciones	Farmington (22)	Crowley Street (603) 817-1843	10
<input type="checkbox"/> 1 habitación	Bristol (24)	Central Square (603) 744-3890	2
<input type="checkbox"/> 1 habitación Por intermedio de West Central Behavioral Health	Claremont (29)	High Street (603) 543-3118	3
<input type="checkbox"/> 2 habitaciones	Winchester (30)	Keene Rd. (603) 490-3753	3
<input type="checkbox"/> 0 habitaciones *Ancianos 62+ <input type="checkbox"/> 1 habitación *Ancianos 62+	Nashua (31)	6 Summer Street (603) 626-1964	11