



Por Favor Lea Cuidadosamente antes de Completar la Aplicación

- New Hampshire Housing (NHHFA) maneja el programa Sección 8 (Vale de Elección de Vivienda). Si tiene cualquier pregunta, llame al 1-800-439-7247, extensión 9210 para hablar con alguien y determinar si necesita una cita. Frecuentemente podemos hacer todo por teléfono. Por favor, no venga a la oficina sin cita.
- Si usted o alguien en su familia es una persona discapacitada y necesita una acomodación en cuanto a su aplicación, por favor lea la página siguiente acerca de cómo comunicarse con nosotros para solicitar una acomodación razonable.
- Los servicios de un intérprete se le proveerán sin costo alguno.
- 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 lo informa, su aplicación será inactivada durante el proceso anual de actualización. Si no es posible comunicarse con usted a la dirección indicada en la aplicación, tendrá que aplicar nuevamente.
- Conteste todas las preguntas en el formulario de aplicación. No deje ninguna pregunta en blanco. Si la pregunta no aplica a su caso, favor de escribir “ningún”. Todas las preguntas Sí o No, deberán ser respondidas con un Sí o un No. Vea la página de las preferencias y programas especiales que puedan afectar el tiempo de su espera.
- A menos que se indique específicamente en éste formulario, las preguntas aplican a todos los miembros de la familia.
- Con la firma, jura que la información que proveerá en esta aplicación es veraz y precisa. Cualquier información falsa o el no divulgar información puede resultar en que se niegue la consideración de admisión o participación en el programa.
- La persona que legalmente encabeza la familia al igual que el esposo(a), deberá firmar el formulario de aplicación.

Para cumplir los requisitos para recibir asistencia de vivienda, el solicitante debe:

- Cumplir con los requisitos de ciudadanía y estado migratorio impuestos por HUD.
- Salvar cualquier deuda con NHHFA o a cualquier otra Autoridad de Vivienda.
- No estar sujeto a registrarse de por vida en el registro de Ofensores Sexuales.

Devuelva la aplicación completada a la dirección de correo postal en Manchester que se indica abajo

NEW HAMPSHIRE HOUSING FINANCE AUTHORITY

32 Constitution Drive, Bedford, NH 03110
Mail: PO Box 5087, Manchester, NH 03108

603.472.8623
NHHFA.org



Language Assistance Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-439-7247.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están a su disposición. Llame al 1-800-439-7247.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos gratuitos. Ligue para 1-800-439-7247.

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si nou palé Kreyòl Ayisyen, gen asistans pou sèvis ki disponib nan lang nou pou gratis. Rele 1-800-439-7247.

繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-439-7247.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ thông dịch của chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị miễn phí. Gọi số 1-800-439-7247.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-439-7247.

العربية (Arabic)

إنتباه: إذا أنت تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً إتصل على 1-800-439-7247

ខ្មែរ (Cambodian) ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយខ្មែរ, យើងមានសេវាបកប្រែ ឆ្លង ភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-439-7247

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-439-7247.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-439-7247.

한국어 (Korean) '알림': 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-439-7247. 번으로 전화해 주십시오.

ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν στη διάθεσή σας δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης. Καλέστε 1-800-439-7247.

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-439-7247.

हिंदी (Hindi) ध्यान दीजिए: अगर आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिये भाषाकी सहायता उपलब्ध है. जानकारी के लिये फोन करे. 1-800-439-7247.

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો : જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો તો આપને માટે ભાષાકીય સહાય તદ્દન મફત ઉપલબ્ધ છે. વિશેષ માહિતી માટે ફોન કરો. 1-800-439-7247.

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນ ພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1-800-439-7247.



Notificación Sobre el Derecho a una Acomodación Razonable

Una acomodación razonable tiene como propósito el proveer a personas discapacitadas igualdad de oportunidades para participar en el programa de Sección 8 a través de modificaciones de nuestros procedimientos y pólizas. New Hampshire Housing está obligado a conceder una acomodación que sea razonable, a menos que esto resulte en una privación excesiva o alteración fundamental en la naturaleza del programa de vivienda.

Si usted es una persona con discapacidad, y si su solicitud es razonable, trataremos de facilitar los cambios que usted solicita. Usted recibirá una respuesta a su solicitud dentro de 30 días. Para conseguir un formulario para solicitar una acomodación razonable:

- Llame al 1-800-439-7247, extensión 9210.
- Personas con problemas de audición pueden utilizar la línea TDD al 603-472-2089 o la línea de servicio NH relay 711 o llame en Español al 800-676-4290.
- Escriba a New Hampshire Housing, PO Box 5087, Manchester, NH 03108.
- Visite nuestra página web: www.nhhfa.org

Si necesita ayuda para llenar la Solicitud de Acomodación Razonable, o si usted desea presentar su solicitud de alguna otra manera, llámenos a 1-800-439-7247, extensión 9210. Cualquier información que usted provea se mantendrá confidencial.



Aplicación para Sección 8 (Vale de Elección de Vivienda)

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Mes/Día/Año

Nombre legal de la cabeza de familia: _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección para enviarle correo: _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del Celular: _____ Otro Teléfono: _____

Dirección residencial (si es diferente a la de arriba): _____

1. Cuántas personas vivirán en su hogar? _____
2. Ingreso anual de la familia: \$ _____ (Incluya el ingreso antes de impuestos para todos los miembros de la familia)
3. Cuántos adultos mayores de 18 años? _____
4. Cuántos dependientes menores de 18 años? _____
5. Es usted mayor de 62 años? ☐ Sí ☐ No
6. Es usted, su esposo(a), o co-cabeza una persona discapacitada? ☐ Sí ☐ No
7. Usted habla inglés? ☐ Bien ☐ No bien ☐ Nada de Inglés
8. Usted habla otro idioma diferente al inglés en su casa? ☐ Sí ☐ No
9. Si no habla bien el inglés qué idioma habla? _____
10. Qué genero es Ud. ? _____
11. Nombre de esposo(a): _____

**Haga una lista de todas las personas que viven en su hogar:

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

13. Seleccione los que aplican:
- ☐ Blanco
 - ☐ Negro o Afro Americano
 - ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
 - ☐ Asiático
 - ☐ Nativo Hawaiano u otras Islas Pacíficas

14. Escoja solo uno: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o no Latino

Firma de la Cabeza de familia _____ Fecha _____ Firma del/de la Esposo(a) u otro adulto _____ Fecha _____

Firma de otro adulto _____ Fecha _____ Firma de otro adulto _____ Fecha _____

Para NHHFA uso:	FIT	Way Home	Vet	DHHS	NED	M05	M17	FUP	Preference:	1	2	3	5	7
BR:	_____				PBV:	_____				BF	MR: _____			

NEW HAMPSHIRE HOUSING FINANCE AUTHORITY

Nombre de la cabeza de familia: _____ SS#: XXX-XX-_____

➤ **Por favor indique si usted piensa que reúne los requisitos necesarios para recibir esta asistencia.**

Preferencias:

1. ☐ Un miembro del hogar padece de una enfermedad terminal (con resultado de muerte dentro de un periodo de 24 meses por certificación médica.) Cual miembro: _____
2. ☐ Un miembro del hogar cumple con los requisitos para recibir servicios del Programa Choices for Independence (CFI) para 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: _____
3. ☐ Un miembro del hogar cumple con los requisitos para la preferencia de salir de un hogar de ayuda de asistencia de vivienda o de una institución. Favor de indicar el nombre del miembro del hogar: _____
4. ☐ Corro/corremos el riesgo de llegar a estar sin hogar porque:
 - Pago/pagamos más de la mitad de mis ingresos brutos en alquiler, o
 - Yo/nosotros vivo/vivimos en un refugio (shelter) y no tenemos una residencia fija, normal ni adecuada donde pasar la noche, 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/estamos viviendo de una manera que no es habitable, como por ejemplo en un campamento u otro lugar temporal.
5. ☐ Soy víctima de violencia doméstica, agresión de pareja, agresión sexual o acoso.
6. ☐ Un miembro del hogar está sirviendo actualmente en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o ha sido dado de baja honorablemente o basado en enfermedad, discapacidad o heridas relacionadas al servicio.

Preferencia por medio de referencia de una agencia: Adjunte referido.

7. ☐ Estoy trabajando con FIT, The Way Home o Harbor Homes en su programa de vivienda transicional.
Adjunte referido.
8. ☐ Estoy trabajando con la agencia de Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) como una persona con discapacidad saliendo de un hospital psiquiátrico y estoy recibiendo servicios de Departamento de Salud y Servicios Humanos. **Adjunte referido.**
9. Programa para la Unificación de Familias (FUP): ¿Cae en una de estas dos categorías?
*******Adjunte referido de Departamento de Servicios para Familias y Juveniles (DCYF) o no serán identificado para este programa especial.**
_____ a. Somos una familia que está trabajando con DCYF para quienes la falta de vivienda adecuada es la razón principal for la cual nuestros hijos serán enviados a un hogar de crianza fuera del hogar o su regreso al hogar está retrasado por esa razón, **o**
_____ b. Soy un joven que tiene por lo menos 18 años y tiene menor de 25 años y salí de un hogar de crianza o saldré del hogar de crianza dentro de los próximos 90 días y no tengo hogar fijo o corro el riesgo de estar sin hogar.

Varios Programas:

10. ☐ La cabeza de familia, su cónyuge, o co-cabeza es una persona discapacitada y tiene menos de 62 años de edad.
11. ☐ La cabeza de familia, su cónyuge o si la cabeza de familia es el único miembro del hogar es una persona discapacitada de cualquier edad.
12. Programa Mainstream: Cualquier persona con discapacidad en el hogar mayor de 18 años y menos de 62 años que reúne los requisitos para una preferencia en este programa porque:
_____ a. está siendo reubicado fuera de un hogar de asistencia o grupo segregado, **o**
_____ b. corre el riesgo de ser ubicado en un hogar de asistencia debido a reducciones en servicios o no tiene acceso a servicios de apoyo para vivir independientemente, aun si está actualmente alojado, **o**
Si no reúne los requisitos de la preferencia "a" o "b" seleccione "c" si:
_____ c. tiene una persona con discapacidad en el hogar que sea mayor de 18 años y menos de 62 años.

Nombre de la cabeza de familia: _____ SS#: XXX-XX-_____

Opción de Mod Rehab:

Las siguientes propiedades Mod Rehab tienen unidades disponibles algunas veces. Si usted es seleccionado para una de éstas unidades, su porción del pago sería del 30% de sus ingresos mensuales después de ajustes. No recibirá un vale cuando se muda de las unidades Mod Rehab. Usted podrá permanecer en la lista de espera del Programa Sección 8 (Vale de Elección de Vivienda) mientras usted viva en una de estas viviendas. Si su nombre llega a encabezar la lista de espera del Programa durante el primer año de renta, usted volverá a la lista de espera.

Nota: Si decide mudarse a una de estas unidades de Mod Rehab, puede afectar su preferencia.

Si usted está interesado en que lo contactemos cuando haya unidades vacantes en una propiedad específica, por favor marque el casillero(s) apropiado(s). Esto no afectará su posición en la lista de espera del Programa de Vales de Elección de Vivienda.

Propiedades que dicen "Ancianos" están designadas como viviendas para personas mayores de 62 años o personas discapacitadas menos de 62 años.	Ubicación	Propiedad
☐ 0 habitaciones ☐ 1 habitación ☐ 2 habitaciones ☐ 3 habitaciones	Franklin (8)	Central Street
☐ 2 habitaciones ☐ 3 habitaciones	Manchester (9)	School & Third Street
☐ 1 habitación ☐ 2 habitaciones ☐ 3 habitaciones	Hinsdale (14)	Post Office Square
☐ 1 habitación – Ancianos 62+	Raymond (15)	Main Street
☐ 0 habitaciones – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación – Ancianos 62+	Hinsdale (20)	Todd Block
☐ 1 habitación ☐ 2 habitaciones	Farmington (22)	Crowley Street
☐ 1 habitación – Ancianos 62+	Bristol (24)	Central Square
☐ 1 habitación Por intermedio de West Central Behavioral Health	Claremont (29)	High Street
☐ 2 habitaciones	Winchester (30)	Keene Road
☐ 1 habitación – Ancianos 62+	Nashua (31)	Summer Street

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:			
Mailing Address:			
Telephone No:	Cell Phone No:		
Name of Additional Contact Person or Organization:			
Address:			
Telephone No:	Cell Phone No:		
E-Mail Address (if applicable):			
Relationship to Applicant:			
Reason for Contact: (Check all that apply) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Emergency ☐ Unable to contact you ☐ Termination of rental assistance ☐ Eviction from unit ☐ Late payment of rent </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Assist with Recertification Process ☐ Change in lease terms ☐ Change in house rules ☐ Other: _____ </td> </tr> </table>		☐ Emergency ☐ Unable to contact you ☐ Termination of rental assistance ☐ Eviction from unit ☐ Late payment of rent	☐ Assist with Recertification Process ☐ Change in lease terms ☐ Change in house rules ☐ Other: _____
☐ Emergency ☐ Unable to contact you ☐ Termination of rental assistance ☐ Eviction from unit ☐ Late payment of rent	☐ Assist with Recertification Process ☐ Change in lease terms ☐ Change in house rules ☐ Other: _____		
Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.			
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.			
Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.			

☐ Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

Signature of Applicant

Date

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.

Opción de Programa Project Based (Vale de Elección de Vivienda):

Las siguientes propiedades tienen un número fijo de unidades subsidiadas. Un inquilino que viva en una de estas unidades pagaría 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 unidad vacante. **Si usted está interesado en añadir a su nombre en la lista de espera de alguna (s) de estas propiedades, por favor indíquelo marcando la línea apropiada.** Esto no afectará su posición en la lista de espera del Programa vales de elección de vivienda.

Propiedades que dicen "Ancianos 62+" están designadas como viviendas para personas mayores de 62.	Ubicación	Propiedad
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación accesible/62+	Amherst (37)	Parkhurst Place
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación accesible/62+	Pelham (38)	Pelham Terrace
☐ 2 habitaciones	Rochester (39)	Brookside Place
☐ 1 habitación ☐ 2 habitaciones	Dover (40)	Bellamy Mill
☐ 1 habitación ☐ 2 habitaciones	West Swanzey (41)	West Swanzey Family Housing
☐ 2 habitaciones	Lebanon (42)	Upper Valley Transitional
☐ 3 habitaciones ☐ 3 habitaciones / accessible	Farmington (43)	Mad River Apartments
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación accesible/62+ ☐ 2 habitaciones – Ancianos 62+	Deerfield (44)	Sherburne Woods
☐ 2 habitaciones ☐ 2 habitaciones / accessible ☐ 3 habitaciones ☐ 3 habitaciones / accessible	Penacook (2 y 3 habitaciones) (45) Concord (3 habitaciones) (45)	Willow Crossing
☐ 2 habitaciones ☐ 3 habitaciones	Belmont (50)	Sandy Ledge
☐ 2 habitaciones ☐ 3 habitaciones	Winchester (51)	Snow Brook
☐ 1 habitación ☐ 2 habitaciones ☐ 3 habitaciones	Hinsdale (104)	Cheshire Housing Trust

☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ Cumpro con los requisitos del Programa (CFI). ☐ 1 habitación accessible/62+	Berlin (285)	Notre Dame Senior Housing
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación accessible/62+ ☐ 2 habitaciones – Ancianos 62+	Conway (344)	Conway Pines Senior
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación accessible/62+	Keene (345)	Westmill Senior
☐ 1 habitación ☐ 1 habitación accessible ☐ Cumpro con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente. Adjunte formulario de referido de al agencia de Upper Valley Haven. ☐ Corro el riesgo de quedarme sin hogar o pago mas de la mitad de mis ingresos para la renta y servicios públicos.	Lebanon (351)	Parkhurst Community Housing
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación accessible/62+	Hampton Falls (354)	The Meadows
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación accessible/62+	Rochester (357)	Arthur H. Nickless Jr. Housing for the Elderly
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ Cumpro con los requisitos del Programa (CFI). * Todos los habitaciones son unidades sin barreras	Laconia (368)	Sunrise House
☐ habitación individual ☐ Veterano	Plymouth (373)	Bridge House
☐ 1 habitación – Ancianos 62+ ☐ 1 habitación accessible/62+	Gilford (363)	Gilford Village Knolls 3
☐ 1 habitación ☐ 1 habitación accessible ☐ Cumpro con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente. Adjunte formulario de referido de la agencia de la Concord Coalition to End Homelessness.	Concord (383)	Green Street Apartments



U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Public and Indian Housing

DEBTS OWED TO PUBLIC HOUSING AGENCIES AND TERMINATIONS

Paperwork Reduction Notice: Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 7 minutes per response. This includes the time for respondents to read the document and certify, and any recordkeeping burden. This information will be used in the processing of a tenancy. Response to this request for information is required to receive benefits. The agency may not collect this information, and you are not required to complete this form, unless it displays a currently valid OMB control number. The OMB Number is 2577-0266, and expires 10/31/2019.

NOTICE TO APPLICANTS AND PARTICIPANTS OF THE FOLLOWING HUD RENTAL ASSISTANCE PROGRAMS:

- Public Housing (24 CFR 960)
- Section 8 Housing Choice Voucher, including the Disaster Housing Assistance Program (24 CFR 982)
- Section 8 Moderate Rehabilitation (24 CFR 882)
- Project-Based Voucher (24 CFR 983)

The U.S. Department of Housing and Urban Development maintains a national repository of debts owed to Public Housing Agencies (PHAs) or Section 8 landlords and adverse information of former participants who have voluntarily or involuntarily terminated participation in one of the above-listed HUD rental assistance programs. This information is maintained within HUD's Enterprise Income Verification (EIV) system, which is used by Public Housing Agencies (PHAs) and their management agents to verify employment and income information of program participants, as well as, to reduce administrative and rental assistance payment errors. The EIV system is designed to assist PHAs and HUD in ensuring that families are eligible to participate in HUD rental assistance programs and determining the correct amount of rental assistance a family is eligible for. All PHAs are required to use this system in accordance with HUD regulations at 24 CFR 5.233.

HUD requires PHAs, which administers the above-listed rental housing programs, to report certain information at the conclusion of your participation in a HUD rental assistance program. This notice provides you with information on what information the PHA is required to provide HUD, who will have access to this information, how this information is used and your rights. PHAs are required to provide this notice to all applicants and program participants and you are required to acknowledge receipt of this notice by signing page 2. Each adult household member must sign this form.

What information about you and your tenancy does HUD collect from the PHA?

The following information is collected about each member of your household (family composition): full name, date of birth, and Social Security Number.

The following adverse information is collected once your participation in the housing program has ended, whether you voluntarily or involuntarily move out of an assisted unit:

1. Amount of any balance you owe the PHA or Section 8 landlord (up to \$500,000) and explanation for balance owed (i.e. unpaid rent, retroactive rent (due to unreported income and/ or change in family composition) or other charges such as damages, utility charges, etc.); and
2. Whether or not you have entered into a repayment agreement for the amount that you owe the PHA; and
3. Whether or not you have defaulted on a repayment agreement; and
4. Whether or not the PHA has obtained a judgment against you; and
5. Whether or not you have filed for bankruptcy; and
6. The negative reason(s) for your end of participation or any negative status (i.e., abandoned unit, fraud, lease violations, criminal activity, etc.) as of the end of participation date.

Who will have access to the information collected?

This information will be available to HUD employees, PHA employees, and contractors of HUD and PHAs.

How will this information be used?

PHAs will have access to this information during the time of application for rental assistance and reexamination of family income and composition for existing participants. PHAs will be able to access this information to determine a family's suitability for initial or continued rental assistance, and avoid providing limited Federal housing assistance to families who have previously been unable to comply with HUD program requirements. If the reported information is accurate, a PHA may terminate your current rental assistance and deny your future request for HUD rental assistance, subject to PHA policy.

How long is the debt owed and termination information maintained in EIV?

Debt owed and termination information will be maintained in EIV for a period of up to ten (10) years from the end of participation date or such other period consistent with State Law.

What are my rights?

In accordance with the Federal Privacy Act of 1974, as amended (5 USC 552a) and HUD regulations pertaining to its implementation of the Federal Privacy Act of 1974 (24 CFR Part 16), you have the following rights:

1. To have access to your records maintained by HUD, subject to 24 CFR Part 16.
2. To have an administrative review of HUD's initial denial of your request to have access to your records maintained by HUD.
3. To have incorrect information in your record corrected upon written request.
4. To file an appeal request of an initial adverse determination on correction or amendment of record request within 30 calendar days after the issuance of the written denial.
5. To have your record disclosed to a third party upon receipt of your written and signed request.

What do I do if I dispute the debt or termination information reported about me?

If you disagree with the reported information, you should contact in writing the PHA who has reported this information about you. The PHA's name, address, and telephone numbers are listed on the Debts Owed and Termination Report. You have a right to request and obtain a copy of this report from the PHA. Inform the PHA why you dispute the information and provide any documentation that supports your dispute. HUD's record retention policies at 24 CFR Part 908 and 24 CFR Part 982 provide that the PHA may destroy your records three years from the date your participation in the program ends. To ensure the availability of your records, disputes of the original debt or termination information must be made within three years from the end of participation date; otherwise the debt and termination information will be presumed correct. Only the PHA who reported the adverse information about you can delete or correct your record. Your filing of bankruptcy will not result in the removal of debt owed or termination information from HUD's EIV system. However, if you have included this debt in your bankruptcy filing and/or this debt has been discharged by the bankruptcy court, your record will be updated to include the bankruptcy indicator, when you provide the PHA with documentation of your bankruptcy status.

The PHA will notify you in writing of its action regarding your dispute within 30 days of receiving your written dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record. If the PHA determines that the disputed information is correct, the PHA will provide an explanation as to why the information is correct.

This Notice was provided by the below-listed PHA:

**I hereby acknowledge that the PHA provided me with the
*Debts Owed to PHAs & Termination Notice:***

Signature

Date

Printed Name