

Aplicación para Sección 8 (Vale de Elección de Vivienda)

¿Qué es el Vale de Elección de Vivienda de Sección 8?

El objetivo del Programa Federal de Vales para Elección de Vivienda (Sección 8) es proporcionar vivienda segura, decente, sanitaria y asequible a hogares de muy bajos ingresos. A través del programa, un hogar calificado paga una parte de sus ingresos ajustados para el alquiler y los servicios públicos, y New Hampshire Housing paga el resto directamente al propietario. La unidad de alquiler es seleccionada por el hogar y debe cumplir con ciertos estándares de calidad de vivienda.

El tiempo de espera para un vale se basa en la cantidad de personas en la lista de espera, la disponibilidad de vales y el estado de preferencia del solicitante.

Para calificar para el programa, debe

- Tener un ingreso anual que no exceda el 50% del límite de ingreso medio del área. Límites de ingresos de HUD <https://www.nhhfa.org/rental-assistance/housing-choice-voucher-program/apply/>
- Proporcionar verificación de los números de seguro social de todos los miembros del hogar.
- Cumplir con los requisitos de HUD para el estado de inmigración o ciudadanía.
- Pagar todo el dinero que deba a New Hampshire Housing o cualquier otra autoridad de vivienda.
- Firmar formularios de autorización para que New Hampshire Housing pueda verificar sus requisitos de elegibilidad para los programas de asistencia de alquiler.
- No estar sujeto a los requisitos de registro de delincuentes sexuales de por vida.
- No tener ningún miembro del hogar que esté involucrado en alguna actividad criminal que amenace la vida, la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico de las instalaciones por parte de otros residentes.
- No tener ningún miembro del hogar que esté involucrado en actividades criminales violentas o relacionadas con las drogas.

Tenga en cuenta que la información proporcionada está sujeta a verificación a través de la comparación por computadora con otras agencias federales con el fin de localizar a los deudores morosos. Los registros del deudor incluyen: número de seguro social, número de reclamo, código de programa e indicación de endeudamiento. Las categorías de registros incluyen registros de reclamaciones e incumplimientos, acuerdos de pago, informes de crédito, estados financieros y registros de ejecuciones hipotecarias.

¿Preguntas? Contáctenos.

Líame: 1-800-439-7247 or 603-310-9390

Email: rentinfo@nhhfa.org

TTY/Relay: 603-472-2089 or the NH Relay Number: 711; TTY or Voice: 711 or 800-735-2964 (English) or 800-676-3777 (Español).

Español: 800-676-4290.

Completando la aplicación

- Responda a todas las preguntas en la aplicación.
 - No deje ninguna pregunta en blanco.
 - Si una pregunta no se aplica a usted, escriba "ninguna".
 - Se deben marcar todas las preguntas Sí o No (✓).
 - Consulte la página de preferencias y programas especiales porque pueden afectar la duración del tiempo de espera.
- A menos que se indique específicamente, todas las preguntas de esta aplicación aplican a todos los miembros del hogar.
- La Cabeza del hogar y el cónyuge/co-cabeza deben de firmar la aplicación y poner la fecha.
 - Al firmar la solicitud, jura que toda la información es verdadera y completa.
 - Cualquier falsificación o no divulgar información puede resultar en la negación o terminación de la asistencia.
- Si no recibe una carta de confirmación de la aplicación de nuestra parte dentro de 30 días, llame al 1-800-439-7247.

Envíe su aplicación a

New Hampshire Housing, PO Box 5087, Manchester, NH 03108

Informe los cambios en su información de contacto

Mientras esté en la lista de espera para recibir un vale, cree una cuenta en nuestro portal <https://hcvportal.nhhousing.org/> para hacer cambios en su solicitud. Si no tiene acceso a una computadora, notifíquenos si cambia su información de contacto. Nuestra lista de espera se actualiza anualmente y si no podemos comunicarnos con usted, su solicitud se desactivará. Tendrá que volver a aplicar si no podemos comunicarnos con usted.

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 y complete el formulario que se encuentra en formularios y publicaciones <https://www.nhhfa.org/rental-assistance/housing-choice-voucher-program/forms-publications/>
- 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)

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)			
Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	
Dirección postal (dirección postal o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			
Dirección física (si es diferente a la dirección postal)			
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:	
Etnicidad: (marque uno ✓) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		Genero con el que te identificas: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Discapacitado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Raza: (marque todo lo que corresponda ✓) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otra Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Otro			
¿Número total de personas que vivirán en su hogar cuando reciba un vale? _____			
¿Lista de nombres y la relación de todas las personas que vivirán en su unidad?			
1. Relación			
2. Relación			
3. Relación			
4. Relación			
5. Relación			
¿Número de adultos mayores de 18 años? _____		¿Número de dependientes menores de 18 años? _____	
¿Cuál es el ingreso bruto anual (antes de impuestos) para todos los miembros del hogar?			\$
¿Hablas inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada			
¿Qué idioma hablas si no hablas bien el inglés?			
¿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?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Al firmar a continuación, certifico que entiendo que la información proporcionada es precisa y complete.

<input checked="" type="checkbox"/> El envío de información falsa puede resultar en no ser elegible para recibir asistencia en el Programa de Vales de Elección de Vivienda.			
<input checked="" type="checkbox"/> Necesito notificar a New Hampshire Housing si cambia alguna información en esta aplicación.			
<input checked="" type="checkbox"/> Si no pueden comunicarse conmigo en la última dirección postal proporcionada, mi nombre puede ser eliminado de la lista de espera.			
Firma de la Cabeza de familia:	Fecha:	Firma del Cónyuge/Co-Cabeza:	Fecha:
OFFICE USE ONLY PREFERENCE BEDROOM SIZE E D F			
FIT TWH Harbor Homes Bridge NED MSNONE MSATRISK MSPSH FUP FYI Chronically Homeless			
PBV: _____ MR: _____ BF			

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

Preferencias: ☒ Marque las preferencias que apliquen a su hogar.

Una preferencia aprobada podría afectar su lugar en la lista de espera.

<input type="checkbox"/>	Un miembro del hogar padece de una enfermedad terminal (con resultado de muerte dentro de un periodo de 24 meses por certificación médica.)
<input type="checkbox"/>	Un miembro del hogar es elegible para recibir servicios a través de una de Home and Community Based Service Waivers (DD, IHS, ABD o CFI) según lo verifique el proveedor de servicios.
<input type="checkbox"/>	Un miembro del hogar es una persona discapacitada menor de 62 años que está saliendo de un hogar de ancianos.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Hay una persona con discapacidad en el hogar que tiene más de 18 años y menos de 62 años.
<input type="checkbox"/>	Soy víctima de violencia doméstica, agresión de pareja, agresión sexual o acoso.
<input type="checkbox"/>	El hogar está agobiado por el alquiler o corre el riesgo de quedarse sin hogar porque yo / nosotros: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pago/pagamos más de la mitad de mis ingresos brutos en alquiler, o <input type="checkbox"/> Vivo/vivimos con amigos o familiares. Mi nombre no está en el contrato de arrendamiento. Si no estuviera en este arreglo de vida actual, de lo contrario estaría sin hogar, o <input type="checkbox"/> Estoy/estamos viviendo de una manera que no es habitable, como por ejemplo en un campamento u otro lugar temporal.
<input type="checkbox"/>	El hogar no tiene vivienda porque yo/nosotros: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada. Resido/residimos en Permanent Supportive Housing y no necesito/necesitamos los servicios intensivos. Este programa está diseñado para apoyar el "avance" de los inquilinos de viviendas de apoyo permanentes que son capaces de vivir en viviendas independientes basadas en la comunidad.

Preferencias o Programas que requieren un referido de la agencia

(Se requiere un referido para calificar para lo siguiente)

<input type="checkbox"/>	El hogar está trabajando con FIT, The Way Home o Harbor Homes en su programa de vivienda transicional.
<input type="checkbox"/>	El hogar está 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.
<input type="checkbox"/>	El hogar está trabajando con DCYF y califica para el Programa de Unificación Familiar (FUP): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Somos una familia que está trabajando con DCYF para quienes la falta de vivienda adecuada es la razón principal por 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 <input type="checkbox"/> 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, o <input type="checkbox"/> Family Youth Independence Program
<input type="checkbox"/>	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: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> está siendo reubicado fuera de un hogar de asistencia o grupo segregado, o <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Residentes de viviendas de apoyo permanente o un programa de realojamiento rápido que previamente han estado sin hogar.

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

Opción de Programa Project Based

Estas propiedades tienen vacantes de vez en cuando. Si elige vivir en una de estas unidades, pagará el 30% de sus ingresos mensuales ajustados para el alquiler y los servicios públicos. El propietario maneja la selección de inquilinos de una lista de espera separada para cada propiedad. Si elige estar en la lista de espera para una de estas propiedades, no afectará su ubicación en la lista de espera del Vales de Elección de Vivienda.

Las propiedades marcadas como Ancianos tienen restricción de edad y los solicitantes deben tener 62 años o más.

☒ Marque las propiedades sobre las que le gustaría ser notificado cuando haya una vacante.

☒ Marque las preferencias para las que califica.

Condado Belknap	Información de la propiedad	Número de habitaciones disponibles
Belmont	<input type="checkbox"/> Sandy Ledge	2 y 3 habitaciones
Gilford	<input type="checkbox"/> Gilford Village Knolls 3 Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible	1 habitación
Laconia	<input type="checkbox"/> Sunrise House Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible <input type="checkbox"/> Cumpló con los requisitos del Programa Choices for Independence (CFI)	1 habitación
Laconia	<input type="checkbox"/> Province Street	1 y 2 habitaciones

Condado Carroll

Conway	<input type="checkbox"/> Conway Pines Senior Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible	1 y 2 habitaciones
--------	---	--------------------

Condado Cheshire

Hinsdale	<input type="checkbox"/> Hinsdale School	1, 2 y 3 habitaciones
Keene	<input type="checkbox"/> Westmill Senior Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible	1 habitación
Swanzey	<input type="checkbox"/> West Swanzey Family Housing	1 y 2 habitaciones
Winchester	<input type="checkbox"/> Snow Brook	2 y 3 habitaciones

Condado Coos

Berlin	<input type="checkbox"/> Notre Dame Senior Housing Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible <input type="checkbox"/> Cumpló con los requisitos del Programa Choices for Independence (CFI)	1 habitación
--------	---	--------------

Condado Grafton

Bristol	<input type="checkbox"/> Newfound River Apartments	1 y 2 habitaciones
Hanover	<input type="checkbox"/> Summer Park 2 Ancianos	1 habitación
Lebanon	<input type="checkbox"/> Upper Valley Transitional	2 habitaciones
Lebanon	<input type="checkbox"/> Parkhurst Community Housing <input type="checkbox"/> Accesible <input type="checkbox"/> Cumpló con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente (Adjunte el formulario de referido de la agencia de Upper Valley Haven) <input type="checkbox"/> Corro el riesgo de quedarme sin hogar o pago mas de la mitad de mis ingresos para la renta y servicios públicos.	1 habitación
Plymouth	<input type="checkbox"/> Bridge House <input type="checkbox"/> Preferencia de veterano	ocupación de habitación individual

Condado Hillsborough

Amherst	<input type="checkbox"/> Parkhurst Place Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible	1 habitación
Hudson	<input type="checkbox"/> Friars Court <input type="checkbox"/> Accesible	1 y 2 habitaciones
Manchester	<input type="checkbox"/> 434 Union St <input type="checkbox"/> Accesible <input type="checkbox"/> Cumpro con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente (Adjunte el formulario de referido de la agencia de Housing Benefits)	0 y 1 habitación
Nashua	<input type="checkbox"/> 35 Spring St <input type="checkbox"/> Cumpro con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente (Adjunte el formulario de referido de la agencia Nashua Soup Kitchen and Shelter)	0 y 1 habitación
Pelham	<input type="checkbox"/> Pelham Terrace Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible	1 habitación
Condado Merrimack		
Concord	<input type="checkbox"/> Willow Crossing <input type="checkbox"/> Accesible	2 y 3 habitaciones
Concord	<input type="checkbox"/> Green Street Apartments <input type="checkbox"/> Accesible Cumpro con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente (Adjunte el formulario de referido de la agencia de Concord Coalition to End Homelessness)	1 habitación
Concord	<input type="checkbox"/> 120 Pleasant Street <input type="checkbox"/> Cumpro con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente (Adjunte el formulario de referido de la agencia de Concord Coalition to End Homelessness)	Studios
Concord	<input type="checkbox"/> Railyard Apartments <input type="checkbox"/> Cumpro con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente (Adjunte el formulario de referido de la agencia de Concord Coalition to End Homelessness)	1 habitación
Penacook	Penacook Landing	1 y 2 habitaciones

Condado Rockingham

Deerfield	<input type="checkbox"/> Sherburne Woods Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible (1 habitación solamente)	1 y 2 habitaciones
Hampton Falls	<input type="checkbox"/> The Meadows Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible	1 habitación
Londonderry	<input type="checkbox"/> Whittemore Place	2 y 3 habitaciones

Condado Strafford

Dover	<input type="checkbox"/> Bellamy Mill Apartments	1 y 2 habitaciones
Farmington	<input type="checkbox"/> Mad River Apartments <input type="checkbox"/> Accesible	3 habitaciones
Rochester	<input type="checkbox"/> Academy Street Family Housing <input type="checkbox"/> Accesible Cumple con los requisitos de preferencia para personas sin hogar continuamente. (Adjunte el formulario de referido de la agencia de Strafford County Community Action)	2 habitaciones
Rochester	<input type="checkbox"/> Arthur H. Nickless Jr. Housing for the Elderly Ancianos <input type="checkbox"/> Accesible	1 habitación
Rochester	<input type="checkbox"/> Brookside Place	2 habitaciones
Rochester	<input type="checkbox"/> Apple Ridge Apartments	1 y 2 habitaciones
Rochester	<input type="checkbox"/> Champlin Place, LP Ancianos	

Condado Sullivan

Claremont	<input type="checkbox"/> Goddard Block	0, 1 y 2 habitaciones
-----------	--	-----------------------

Moderate Rehabilitation Property Option

Estas propiedades tienen vacantes de vez en cuando. Si elige vivir en una de estas unidades, pagará el 30% de sus ingresos mensuales ajustados para el alquiler y los servicios públicos. Sin embargo, no puede llevar su ayuda si se muda fuera de la propiedad. Puede permanecer en la lista de espera mientras viva en una de estas propiedades. Las propiedades marcadas como personas mayores / discapacitadas están disponibles para solicitantes de 62 años o más o solicitantes con discapacidades menores de 62 años.

☒ Marque las propiedades sobre las que le gustaría ser notificado cuando haya una vacante.

Cheshire County	Property Information	Bedroom Sizes Available
Hinsdale	<input type="checkbox"/> Post Office Square (Depot St)	1, 2, y 3 habitaciones
Hinsdale	<input type="checkbox"/> Todd Block (14 Main St) Ancianos /Disabled	0 y 1 habitación
Grafton County		
Bristol	<input type="checkbox"/> Central Square Ancianos /Disabled	1 habitación
Hillsborough County		
Manchester	<input type="checkbox"/> School and Third	2 y 3 habitaciones
Nashua	<input type="checkbox"/> Summer Street Ancianos /Disabled	1 habitación
Strafford County		
Farmington	<input type="checkbox"/> Crowley St	1 y 2 habitaciones
Sullivan County		
Claremont	<input type="checkbox"/> High Street	1 habitación

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del
HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podriasurgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:											
Dirección postal:											
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:										
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:											
Dirección:											
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:										
Dirección de correo electrónico (si corresponde):											
Relación con el solicitante:											
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda) <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Emergencia</td><td><input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted</td><td><input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler</td><td><input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad</td><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta</td><td></td></tr></table>		<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación	<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento	<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa	<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación										
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento										
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa										
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____										
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta											
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.											
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.											
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.											

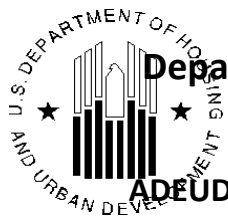
☐ Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.



Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos

Oficina de Vivienda de Interés Social e Indígena

ADEUDOS CON ORGANISMOS DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y TERMINACIONES

Aviso de simplificación de trámites administrativos: Se estima que la carga horaria para esta recabación de información pública promedia 7 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para que los participantes lean el documento y den fe de ello, así como cualquier carga horaria contable. Esta información se usará para el trámite de un inquilinato. La respuesta a esta solicitud de información es necesaria para recibir las prestaciones. El organismo no recabará esta información y usted no tiene por qué llenar este formulario, a menos que porte un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) vigente. El número de la OMB es el 2577-0266, y vence el 31/08/2016.

AVISO A LOS SOLICITANTES Y PARTICIPANTES DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE AYUDA PARA EL ALQUILER DEL HUD:

Vivienda de Interés Social (960 del 24 del Código de Regulaciones Federales o CFR, por sus siglas en inglés)

Programa de Vales de Elección de Vivienda de Sección 8, incluyendo el Programa de Asistencia para la Vivienda en Casos de Desastre (982 del 24 del CFR)

Rehabilitación Moderada de Sección 8 (882 del 24 del CFR) Programa de

Vales en Función de Proyectos (983 del 24 del CFR)

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés) mantiene un repositorio nacional de los adeudos que se tienen con los organismos de vivienda de interés social (PHA, por sus siglas en inglés) o los arrendadores de Sección 8, así como información adversa sobre antiguos participantes que, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, dieron por terminada su participación en uno de los programas de asistencia para el alquiler del HUD antedichos. Esta información se mantiene en el sistema de Verificación de Ingresos Derivados de Actividades Empresariales (EIV, por sus siglas en inglés) del HUD, mismo que los PHA y sus administradores usan para verificar la información sobre el empleo y los ingresos de los participantes del programa, así como para reducir los errores administrativos y de pago de la asistencia para el alquiler. El sistema EIV está diseñado para ayudar a los PHA y al HUD a asegurarse de que las familias reúnan los requisitos para participar en los programas de ayuda para el alquiler del departamento, y a determinar el monto correcto de asistencia para pagar el alquiler al que una familia tiene derecho. Todos los PHA tienen la obligación de usar este sistema, según el reglamento del HUD que estipula la 5.233 del 24 del CFR.

El HUD exige a los PHA —mismos que administran los programas de vivienda de alquiler antedichos— que den a conocer cierta información al concluir la participación de usted en uno de los programas de asistencia para el alquiler del departamento. Este aviso le proporciona información sobre cuáles datos debe proporcionarle el PHA al HUD, quién tendrá acceso a ellos, cómo se utilizan y cuáles son sus derechos. Los PHA tienen la obligación de proporcionar este aviso a todos los solicitantes y participantes del programa, y usted está obligado a acusar recibo del mismo con su firma en la página 2. Todos los miembros adultos del hogar tienen que firmar este formulario.

¿Qué información sobre usted y su inquilinato recaba el HUD del PHA?

La siguiente información es recabada sobre cada uno de los miembros de su familia (la composición familiar): nombre completo, fecha de nacimiento y número de Seguro Social.

La siguiente información adversa se recaba una vez concluida su participación en el programa de vivienda, ya sea que se mude de manera voluntaria o involuntaria de una unidad que recibe asistencia:

1. cualquier saldo que adeude al PHA o al arrendador de Sección 8 (hasta \$500,000) y una explicación sobre el mismo (es decir, alquiler atrasado, alquiler retroactivo [por ingresos o cambios en la composición de la familia no declarados] u otros cargos tales como indemnizaciones por daños, servicios públicos, etc.); y
2. si suscribió o no un convenio de pago por el monto que adeuda al PHA; y
3. si ha incumplido o no un convenio de pago; y
4. si el PHA ha obtenido o no un fallo en su contra; y
5. si se ha declarado o no usted en bancarota; y
6. el o los motivos negativos para dar por terminada su participación o cualquier otra situación negativa (como unidad abandonada, fraude, contravenciones al contrato de arriendo, actividad criminal, etc.) a partir de la fecha de terminación de la participación.

¿Quién tendrá acceso a la información recabada?

Esta información estará disponible para los empleados del HUD, para los empleados del PHA, y para los contratistas del HUD y de los PHA.

¿De qué manera se utilizará esta información?

Los PHA tendrán acceso a esta información durante el periodo de solicitud de asistencia para el alquiler y reevaluación del ingreso y la composición familiar para los participantes existentes. Los PHA podrán acceder a esta información con el fin de determinar la idoneidad de una familia para recibir la asistencia inicial para el pago del alquiler, o para continuarla, y evitar darle asistencia federal de vivienda limitada a las familias que previamente no han podido cumplir con los requisitos del programa del HUD. Si la información declarada es correcta, un PHA, en apego a sus propias normas, puede dar por terminada su asistencia actual para el alquiler y denegarle su solicitud futura de ayuda del HUD.

¿Por cuánto tiempo se conserva la información sobre el adeudo y la terminación en el sistema EIV?

La información sobre el adeudo y la terminación se mantendrá en el sistema EIV por un periodo de hasta diez (10) años a partir de la fecha de terminación de la participación.

¿Cuáles son mis derechos?

De conformidad con la ley federal de Privacidad de 1974 y sus enmiendas (552a del 5 del Código de los Estados Unidos o USC), y con las reglas del HUD relativas a la instrumentación de dicha ley (parte 16 del 24 del CFR), usted tiene los siguientes derechos:

1. A tener acceso a los expedientes que el HUD mantiene sobre usted, en apego a la parte 16 del 24 del CFR.
2. A que se lleve a cabo una evaluación administrativa de la denegación inicial de su solicitud por parte del HUD para tener acceso a los expedientes que el departamento mantiene sobre usted.
3. A ver que la información incorrecta de su expediente sea corregida, previa solicitud por escrito.
4. A presentar una solicitud de apelación de una determinación inicial adversa sobre una solicitud de corrección o modificación del expediente dentro de un plazo de 30 días naturales a partir de extendida la denegación por escrito.
5. A divulgar su expediente a un tercero tras recibir su solicitud firmada por escrito.

¿Qué hago si disputo la información de la deuda o la terminación que se presentó sobre mí?

Si no está de acuerdo con la información presentada sobre usted, debe comunicarse por escrito con el PHA que la presentó. El nombre, la dirección y los números de teléfono del PHA aparecen en el Informe sobre los Adeudos y la Terminación. Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia de este informe del PHA. Informe al PHA por qué contiene la información y proporcione toda la documentación que sustente su disputa. Las normas de retención de expedientes del HUD, que se encuentran en las partes 908 y 982 del 24 del CFR, estipulan que el PHA puede destruir sus expedientes en un plazo de tres años a partir de la fecha de terminación de su participación en el programa. Para asegurar la disponibilidad de sus expedientes, las disputas de la información sobre el adeudo original o la terminación deben hacerse en un plazo de tres años a partir de la fecha de terminación de la participación; de lo contrario, se dará por hecho que dicha información es correcta. Sólo el PHA que dio a conocer la información adversa sobre usted puede borrar o corregir su expediente.

Su declaración de bancarrota no se traducirá en la eliminación de la información sobre el adeudo o la terminación en el sistema EIV del HUD. Sin embargo, si incluyó esta deuda en su declaración de bancarrota o si el tribunal de bancarrotas lo absolvió de ella, su expediente se actualizará para incluir el indicador de bancarrota cuando usted le proporcione al PHA la documentación sobre su estado de quiebra.

El PHA le notificará por escrito de la medida que tome con respecto a su disputa en un plazo de 30 días a partir de recibida ésta por escrito. Si determina que la información disputada es incorrecta, el PHA actualizará o eliminará el expediente. Si determina que la información disputada es correcta, el PHA proporcionará una explicación de por qué lo es.

Este aviso fue proporcionado por el PHA que se indica a continuación:

Por la presente reconozco que el PHA me proporcionó el Aviso de Terminación y Adeudos con el PHA:

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde



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 متوفرة لك مجاناً إتصل على 1-800-439-7247
اللاغوية

ខ្មែរ (Cambodian) សេវាជំនួយភាសា: បើអ្នកនិយាយ ខ្មែរ, យើងមានសេវា កម្មវិធី ជំនួយ បោះពុម្ពផ្សាយ ឥតគិតថ្លៃ។ 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.

हंदी (Hindi) ध्यान : अगर आप हंदी बोलते हैं तो आपके ललये भाषाकी सहायता उपलब्ध है.

जानकारी के ललये 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 માહત્તી માટે ફોન કરો. 1-800-439-7247.

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າ ທ່ານ ອາພາສາລາວ, ທ່ານ ບໍ່ ຈໍາ ກວາ ດ້ານ ພາສາ, ໂດ ບໍ່ ສໍາ ພາດ ຈໍາ ກວາ . ໂ ຄ 1-800-439-7247.