



THE HOUSING AUTHORITY OF THE
COUNTY OF HIDALGO
HOUSING CHOICE VOUCHER (SECTION 8) PROGRAM
1800 N. Texas Blvd. Weslaco, Texas 78599
Phone: (956) 968-8669 / Fax (956) 447-2851
TTY 7-1-1



501 JASMINE VILLAS
501 E. JASMINE AVE., MCALLEN, TX 78501

PRE-SOLICITUD PARA HOUSING CHOICE VOUCHER (SECTION 8) PROGRAM

PHA use Only: Date & Time of application:

1. Nombre del jefe de hogar: _____

El jefe de familia es un veterano? ☐ Si ☐ No _____.

2. Nombre de adulto co-jefe de hogar: _____

3. Dirección postal actual: _____

Ciudad, Estado y código postal.: _____

Número de teléfono #: (_____) _____

Pre-aplicación: lea detenidamente las instrucciones. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. No deje ningún espacio en blanco. La aplicación debe ser completado en sólo tinta negra o azul.

Para estar cualificado para la admisión en el programa de Sección 8 El solicitante debe:

- Ser una familia, tal como se define en el PHA's Administrative Plan;
 - Cumplen con los requisitos de HUD sobre la ciudadanía o estado de inmigración.
 - Tener un ingreso anual al momento de admission en o por debajo de los límites de ingreso de HUD publicado en oficinas de PHA.
 - Proporcionar documentación de números de la seguridad social para todos los miembros de la familia, o certificar que no tienen números de la Seguro Social; y
 - No participaba en ninguna actividad delictiva relacionada con las drogas u otras actividades delictivas que pongan en peligro la vida, la seguridad o el derecho a disfrutar en paz de los otros.
- Las solicitudes completas se incluirán en la lista de espera en el orden recibido y será aceptada en la manera establecida en el Plan Administrativo del PHA. Asegúrese de incluir el nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento y todos los ingresos de cada miembro de la familia que viven en el hogar. Asegúrese de incluir su dirección completa y número de teléfono.

La Autoridad de Vivienda es un proveedor de alojamiento igual

La información de la familia:

Primer nombre y Apellido tal como aparece en la tarjeta de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo M / F	Número de la Seguro Social	La relación con el jefe	Discapaci tados? Si/No?	Lugar de nacimiento/ País	Estu- dian- te a tiempo completo ? Sí / No
1.				Jefe de hogar			
2.							
Miembros adicionales en la parte posterior de esta página							

No envíe por fax o por correo la solicitud

Primer nombre y Apellido tal como aparece en la tarjeta de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo M / F	Número de la Seguro Social	La relación con el jefe	Sí / No discapaci tados	Lugar de nacimiento/ País	Estu- dian- te a tiempo completo ? Sí / No
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

Información de los ingresos de la familia

4. Indique la fuente y la suma de todos los ingresos de todos los miembros de la familia, incluyendo su auto. Incluir todos los ingresos y los beneficios de TANF, VA, Seguro Social, SSI, SSID, desempleo, Compensación del Trabajador, el apoyo a los niños, la ayuda familiar, el auto-empleo como niñeras, ventas, etc.

Miembro de la familia	Fuente de ingresos	Cantidad \$	Frecuencia, por
			☐ Week ☐ Bi-Wkly ☐ Monthly
			☐ Week ☐ Bi-Wkly ☐ Monthly
			☐ Week ☐ Bi-Wkly ☐ Monthly
			☐ Week ☐ Bi-Wkly ☐ Monthly

5. Tiene algún miembro del hogar que vivía en viviendas públicas o participó en el Programa de Asistencia de Vivienda de la sección 8, después de haber alcanzado la edad de 18 (Sí o No)?
Si la respuesta es sí, ¿en qué nombre

6 Cualquier miembro de la familia nunca ha sido desalojados de las viviendas con asistencia federal en los últimos 3años? Si la respuesta es sí, ¿quién? donde?

7. Tiene algún miembro del hogar (independientemente de la edad) nunca han sido detenidos, acusados o condenados por alguno de los siguientes? :

- La actividad criminal violenta: [] Sí [] NO En caso afirmativo, dar detalles
- Actividad relacionada con el Alcohol: [] Sí [] NO En caso afirmativo, dar detalles
- Fabricación de metanfetaminas: [] Sí [] NO En caso afirmativo, dar detalles
- La posesión, venta o distribución de drogas ilegales: [] Sí [] NO En caso afirmativo, nombre de lista/fecha/Disposion de caso

8. Lista cualquier miembro de la familia que está obligado a registrarse como un delincuente sexual (sex offender) : _____

PHA comprobara los antecedentes penales de todos los solicitantes adultos.

Yo/nosotros certificamos que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas al mejor de mi conocimiento y creencia y entender que serán verificados. Yo/nosotros autorizar la entrega de información a la Autoridad de Vivienda por mi/nuestra empresa(s), el departamento de asistencia pública, la Administración de la Seguridad Social, y/o otros negocios o agencias gubernamentales. Yo/nosotros entendemos que cualquier declaración falsa hecha en esta aplicación hará que me/us a ser descalificado para la admisión.

_____	_____
La firma solicitante	Fecha

_____	_____
Co-solicitante firma	Fecha

_____	_____
Otro adulto	Fecha

_____	_____
Otro adulto	Fecha

Advertencia: 18 U.S.C. 1001 prevé, entre otras cosas, que quien a sabiendas y voluntariamente hace o utiliza un documento escrito que contenga o falsa, ficticia o declaración fraudulenta o entrada en cualquier asunto y dentro de la jurisdicción del departamento o agencia de los Estados Unidos será multado con no más de \$10,000 dólares o una pena de prisión de no más de cinco años, o ambos.

No envíe por fax o por correo la solicitud