

ASISTENCIA DE ALQUILER DE EMERGENCIA PARA EL CONDADO DE BRAZOS - SOLICITUD DE INQUILINO

INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR						
Nombre del Administrador:						
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE						
Nombre(s) del solicitante:						
Dirección:						
Ciudad/Estado/Código postal:					Condado:	
Tamaño de la unidad (número de habitaciones):						
Alquiler por contrato por unidad: Ésta es la cantidad de alquiler mensual que actualmente se paga a su Arrendador y debe coincidir con lo que se refleja en su contrato de arrendamiento.						
Período de arrendamiento: a						
Fecha de ocupación de la unidad:						
Número de expediente de la corte: No. de precinto de Juez de Paz (J.P.) en el condado						
¿El hogar recibe asistencia de LIHEAP, SSI, Medicaid o SNAP? <input type="checkbox"/> Sí						
En caso afirmativo, adjunte una carta de la agencia administradora que verifique el beneficio. Omita las <input type="checkbox"/> No						
secciones G y H. Complete I.						
Dirección de correo electrónico:					Teléfono particular: () -	
					Teléfono móvil: () -	
C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR						
(Enumere a todos los miembros del grupo familiar)						
Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)	Parentesco con cabeza del grupo familiar	Fecha de nacimiento	Género	Tipo de estudiante	¿Recibe ingresos?	Marque si es Veterano
1.	Cabeza del grupo familiar		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

5.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

D. ASISTENCIA DE VIVIENDA EN LA UNIDAD

Indique cualquier otra ayuda para la vivienda proporcionada o recibida por cualquier miembro del hogar para la unidad en la que reside.

Fuente	Monto	Fecha de recepción	Enumere los meses cubiertos por la asistencia
1. Sección 8: Housing and Urban Development (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$		
2. TBRA: Tenant Based Rental Assistance (Programa de asistencia para el Inquilino) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$		
3. Basado en proyecto u otro. Describa: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$		

E. OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA UNIDAD Y LA PROPIEDAD

4. ¿La unidad es vivienda pública? No Si

F. INFORMACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL (continuación)

1. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono del trabajo: () -	
Nombre y dirección del empleador:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana	Fax: () -
2. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono del trabajo: () -	
Nombre y dirección del empleador:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana	Fax: () -
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono del trabajo: () -	

Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro	Horas trabajadas por semana	Fax: () -

H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Enumere TODOS los ingresos de los miembros del grupo familiar, con excepción de los ingresos recibidos por empleo de personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquier fuente durante los últimos 30 días a partir de la fecha de solicitud:	Cabeza del grupo familiar	Cónyuge o Corresponsable	Otros miembros adultos	Dependientes	Total
1. Salario #1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
2. Salario #2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
3. Pago de horas extras <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
4. Comisiones/Honorarios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
5. Propinas y bonos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
6. Ingresos temporales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
7. Ingresos de las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
8. Intereses/Dividendos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
9. Ingresos netos comerciales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
10. Ingresos netos de alquiler <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
11. Seguridad Social <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
12. Seguro adicional Ingresos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
13. Pensión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
14. Ingresos de retiro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
15. Apoyo familiar o Regalos recurrentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
16. Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
17. Indemnización por accidentes laborales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
18. Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
19. Manutención infantil Tipo de círculo: Conferido por Tribunal Voluntario Anticipado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
20. AFDC/TANF <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
21. Otro ingreso Describe: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	\$	\$	\$	\$	\$
			Ingreso anual total:	\$	

I. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Use esta sección únicamente si califica por LIHEAP, SSI, Medicaid o SNAP. Proporcione TODOS los ingresos de los miembros del hogar, excepto los ingresos recibidos por empleo de personas menores de 18 años)

	Ingreso anual total:	\$
--	----------------------	----

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOBRE NECESIDADES ESPECIALES: This information is required for reporting requirements.

Códigos del grupo étnico:

A – Hispano: Persona oriunda de Cuba, México, Puerto Rico, América del Sur o América Central, o de otra cultura u origen hispanos, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.

B – No Hispano

Códigos de raza:

A- Blanco

B - Negro-afroamericano

C - Asiático

D - Indio americano/nativo de Alaska

E - Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico

F - Indio americano/nativo de Alaska/ blanco

G - Asiático/blanco

H - Negro/afroamericano/blanco

I - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericano

J - Otras razas múltiples

Códigos de necesidades especiales:

A - De la tercera edad

B - Persona con discapacidades

C - Persona con VIH/SIDA

D - Persona con adicción al alcohol y/o drogas

E - Residente de Colonia

F – VAWA/Víctima de violencia doméstica

G - Persona sin vivienda

H - Trabajador migratorio de granjas

I - Residente de vivienda pública

J - Víctima de desastre

K – Veterano

L - Combatiente herido

M - El dinero sigue a la persona

***Definición de discapacidad:** Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal actual o la adicción a una sustancia controlada.

	Código del grupo étnico:	Código de raza:	Código(s) de necesidades especiales
1 (Principal)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del **ASISTENCIA DE ALQUILER DE EMERGENCIA PARA EL CONDADO DE BRAZOS** o el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre, empleo, arrendamiento e ingresos.

Nombre del solicitante en letra de imprenta

Firma

Fecha

Nombre del co-solicitante en letra de imprenta

Firma

Fecha

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, establece que realizar declaraciones falsas intencionales o la provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.

Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.

