



Area Housing Authority of the County of Ventura

1400 West Hillcrest Dr. Newbury Park, CA 91320-2721
(805) 480-9991 • FAX (805) 480-1021

Serving Camarillo, Fillmore, Moorpark, Ojai, Simi Valley, Thousand Oaks, and the unincorporated areas of Ventura County

Solicitud Preliminar para la lista de espera del programa de la Vivienda pública (Apartamentos de 4 recámaras SOLAMENTE)

Esta Solicitud Preliminar para asistencia de vivienda de ninguna manera lo obliga a usted o a la Autoridad de Vivienda. Complete este formulario totalmente y adjunte información adicional, de ser necesario.

A. Solicitante (Cabeza de Familia)

Nombre (Nombre Legal): _____

Domicilio Residencial Actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Domicilio donde recibe correspondencia (Si es que es diferente): _____

¿Cuál es la identidad racial y étnica de la/el cabeza de familia? (solamente para propósitos estadísticos):

Marque más de una casilla, si es que es apropiado, para mejor indicar su identidad racial.

Raza: Blanco Negro/Africano Americano Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático
 Isleño del Pacífico

Origen Étnico: (Marque solamente una casilla) Hispano No-Hispano

Idioma que el solicitante habla y/o escribe con fluidez: Inglés Español Otro: _____

¿Usted o algún miembro actual de familia tiene deudas de alquiler o por daños en alguna agencia de vivienda pública o de la Sección 8?

No Sí ¿A quién? _____ ¿Cuánto? _____

¿Algún miembro de su familia ha sido desalojado de la vivienda pública o de la Sección 8 por algún motivo?

No Sí- Si contestó, 'sí', Explique, ¿A quién y cuándo? _____

Proporcione el nombre de la agencia: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____

B. Composición de la Familia

#	Nombres de las personas que vivirán en la unidad (Nombres Legales: Adultos y Niños)	Parentesco con el/la Cabeza de Familia	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Residente/ Ciudadano Legal Sí/No
1		Cabeza de Familia				
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

FOR OFFICE USE ONLY

of Bedrooms _____
of Adults _____
of Children (F) _____
of Children (M) _____
Family Type _____

Total Annual Gross Income _____
Local Preference(s) claimed _____
Language Spoken English Spanish Other
Processed by _____



C. Ingresos de la Familia:

¿Cuál es el ingreso anual en bruto de la familia (antes de impuestos) \$ _____ (Ingreso total).

D. Drogas/Actividad Criminal

Las regulaciones federales exigen que las agencias de vivienda cuestionen a los solicitantes y participantes respecto a actividades relacionadas con drogas o actos criminales violentos.

¿Usted o algún miembro de su familia ha sido citado, arrestado o condenado (delito menor o mayor) por actividades relacionadas con drogas o alcohol o alguna otra actividad criminal violenta, que no sea una contravención de tránsito dentro de los últimos cinco (5) años de entregar esta solicitud?

No Sí Si contesta "Sí" Explique a quién y en qué ciudad: _____

¿Usted o algún miembro de su familia está obligado a someterse de por vida a un programa de registro estatal para delincuentes sexuales en cualquier estado? Si contesta "Sí" ¿Quién y en qué estado?

No Sí Si contesta "Sí" Explique a quién y en qué estado: _____

¿Usted o algún miembro de su familia ha sido condenado por llevar a cabo actividades delictivas relacionadas con la producción o fabricación de metanfetaminas en alguna propiedad que recibe asistencia federal para la vivienda?

No Sí Si contesta "Sí" Explique a quién y en qué ciudad: _____

E. Preferencias Local(es)

¿Es usted un veterano de guerra de los Estados Unidos [(Conyugue, Divorciado(a), viudo(a))]? No Sí

¿Vive, trabaja, o pronto obtendrá empleo dentro de la jurisdicción de Area Housing Authority? No Sí

F. Me interesa estar en la lista de espera para una o más de las siguientes propiedades:

4 recámaras-Roth Apartments (Meiners Oaks/Ojai) 4 recámaras-Leggett Court (Thousand Oaks)

G. Otra Información de la Familia

¿Es usted o algún miembro de su familia, una persona de la tercera edad (62 años o mayor)? No Sí

¿Usted o algún miembro de su familia está discapacitado(a)? No Sí

¿Usted necesita una unidad con instalaciones para personas discapacitadas u otras modificaciones para personas con discapacidades. Si contesta "Sí" Explique _____ No Sí

¿Actualmente está su familia sin hogar (indigente)? No Sí

H. Certificación del Solicitante – Lea las declaraciones debajo cuidadosamente y ponga sus iniciales después firme y ponga la fecha en este formulario.

_____ Yo le informaré a la AHA, **por escrito**, dentro de diez (10) días laborales de todo cambio de domicilio, dirección donde recibo correspondencia, número de teléfono, cambio de la composición de mi familia o de mis preferencia(s) local(es).

_____ Recibí el formulario HUD-92006 para designar a una persona como contacto opcional y el formulario HUD-50066 para certificar mi estado de VAWA, si procede.

Adjunto se encuentra el formulario 92006 completo. Adjunto se encuentra el formulario 50066 completo o mi Verificación de una tercera parte.

_____ Certifico que la información proporcionada arriba es correcta y está completa a mi leal saber y entender. Entiendo que todo intento de obtener asistencia de vivienda de la Sección 8, asistencia de alquiler, o reducción en el alquiler por medio de proporcionar información falsa, usar suplantación de identidad, negarse a revelar información o cualquier otro fraude (todo acto de complicidad a tal intento) es un delito bajo la ley federal.

Firma del cabeza de la familia

Fecha

Firma del conyugue del cabeza de familia/Co-cabeza de la familia

Fecha

