

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE GARFIELD

1430 RAILROAD AVENUE, UNIDAD F

RIFLE, CO 81650

(970) 625-3589

Fax (970) 625-0859

www.garfieldhousing.com

Aplicación completa

Parte 1: Miembros del hogar

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

Miembros del hogar	Relación	Discapacidad (Marque uno)	Fecha de naci- mento	Edad	Género	Veterano
Nombre _____ SSN _____	Jefe de familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre _____ SSN _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre _____ SSN _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre _____ SSN _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre _____ SSN _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre _____ SSN _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre _____ SSN _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre _____ SSN _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

1. TODOS los niños menores mencionados anteriormente viven con usted el 50% del tiempo o más? Sí No

2. ¿Ve algún cambio en el próximo año? (como un embarazo, mudanza de un niño, mudanza de alguien, etc.)
 Sí No En caso afirmativo, favor de explicar: _____

3. ¿Tiene un cuidador interno? Sí No En caso afirmativo, favor de dar el nombre: _____

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave. Esta institución es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.



4. Compañía de servicios públicos designada y número de cuenta (Solo se aplica si recibe un reembolso de servicios públicos. Proporcione también una copia de su factura más reciente) _____

Parte 2: Información de contacto:

Por favor, proporcione su información de contacto actual:

Cabezal de familia: Casa: _____ Celular: _____ Correo Electronico _____

Dirección física actual: _____

Dirección postal actual: _____

Parte 3: Actividad criminal

¿Usted o algún miembro de su familia ha sido condenado por los siguientes delitos en los últimos 12 meses?

Delito sexual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Producto de metanfetaminas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Felonia crimen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Acto criminal violento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿Se requiere que algún miembro de su hogar se registre como delincuente sexual? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Parte 4: Ingresos

1. ¿Usted o algún miembro del hogar trabaja? Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente para TODOS los miembros que trabajan:

Jefe de Hogar:

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

¿Cuánto por hora? _____

Promedio de horas trabajadas semanalmente: _____

Pagado: Diario / Semanal / Quincenal / Bimensual / Mensual

Cónyuge / Cohead / Otro adulto / Edad de 18 años o más:

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

¿Cuánto por hora? _____

Promedio de horas trabajadas semanalmente: _____

Pagado: Diario / Semanal / Quincenal / Bimensual / Mensual

Menores:

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

¿Cuánto por hora? _____

Promedio de horas trabajadas semanalmente: _____

Pagado: Diario / Semanal / Quincenal / Bimensual / Mensual

Enumere TODOS los demás ingresos que recibe su hogar y que se pueden esperar durante los próximos 12 meses. Incluir ingresos de menores de edad:

Miembro del hogar	Tipo de ingreso	Importe
		\$ por hr/semana/mes/año
		\$ por hr/semana/mes/año
		\$ por hr/semana/mes/año
		\$ por hr/semana/mes/año
		\$ por hr/semana/mes/año

2. ¿Alguien fuera de su hogar le ayuda a pagar sus facturas (pago de teléfono celular, facturas de servicios públicos, comestibles, etc.)? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién le ayuda? _____

¿Cuánto? _____

¿Con qué frecuencia? _____

3. ¿Recibe manutención infantil? Sí No

Si un miembro del hogar recibe pagos de manutención infantil y / o pagos de manutención, ¿se reciben estos pagos a través del registro de manutención familiar? Sí No

Número de registro de Apoyo familiar, si corresponde: _____

Si los pagos no se reciben a través del registro de apoyo familiar, proporcione la siguiente información con respecto a sus pagos:

Nombre de la persona que realiza el pago: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

**** Adjunte copias de cuatro talones de pago actuales y consecutivos para cada empleador con este formulario.**

4. ¿Algún miembro de su hogar tiene 18 años o más y es estudiante de tiempo completo? Sí No

En caso afirmativo, nombre del miembro de la familia: _____

Nombre de la escuela que asiste: _____

Dirección de la escuela: _____

¿Esta persona recibe asistencia financiera para estudiantes? Sí No

Proporcione una copia de las transcripciones escolares, préstamos y subvenciones.

Parte 5: Activos

Verifique todos los tipos de activos o cuentas que su hogar tiene actualmente:

Mi hogar no tiene cuentas de activos

<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Existencias	<input type="checkbox"/> Certificado de Depósito	<input type="checkbox"/> Beneficiario/cuenta de depósito en garantía
<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Ser dueño de una casa o terreno	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Fondo Fiduciario	<input type="checkbox"/> Fondos del mercado monetario	<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Otro _____

Para cada cuenta de activos, proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____ Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: _____ Saldo actual: _____	Nombre del titular de la cuenta: _____ Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: _____ Saldo actual: _____
Nombre del titular de la cuenta: _____ Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: _____ Saldo actual: _____	Nombre del titular de la cuenta: _____ Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: _____ Saldo actual: _____

Proporcione un estado de cuenta actual para TODAS las cuentas

1. Indique la dirección de cualquier bien inmueble (incluido el terreno) que posea: _____
2. ¿Ha cerrado algún tipo de cuentas de activos en los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre del banco donde se cerró la cuenta: _____

Fecha de cierre de la cuenta: _____

Tipo de cuenta cerrada: _____

Verificación necesaria en cuentas cerradas:

Parte 6: Asignaciones

1. ¿Hay alguien en su hogar que pague por el cuidado de niños de 12 años de edad o menos?
 Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar lo siguiente:

Miembro de la familia que paga por el cuidado de niños: _____
 Nombre del niño: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Dirección del proveedor: _____
 Número de teléfono del proveedor: _____
 Monto pagado por mes: _____

Por favor, adjunte copias de los recibos que muestren el comprobante de pagos

Solo familia discapacitada o anciana (el jefe, codirector o cónyuge tiene 62 años o más o es una persona con una discapacidad)

Si usted (el jefe de familia), su cónyuge o codirector tiene al menos 62 años de edad, o una persona con una discapacidad y los gastos médicos que paga de su bolsillo cada año son más del 3% de su ingreso anual, la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield podría reducir la cantidad de alquiler que paga.

Adjunte el comprobante de pago (impresión de 12 meses, recibos, etc.) para cada uno de los gastos enumerados. Consulte la Publicación 502 del IRS Gastos médicos y dentales como guía para determinar las deducciones de gastos médicos.

Revise todos los tipos de gastos médicos de bolsillo que su familia paga e incluya la cantidad estimada pagada cada mes:

<input type="checkbox"/> Prescripción co-país	<input type="checkbox"/> Copagos de visitas al médico	<input type="checkbox"/> Primas de seguro	<input type="checkbox"/> Pagos de anteojos/cuidado de los ojos	<input type="checkbox"/> Costos de animales de servicio
\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes
<input type="checkbox"/> Pagos dentales	<input type="checkbox"/> Pagos de audífonos	<input type="checkbox"/> Pagos hospitalarios	<input type="checkbox"/> Transporte al tratamiento (tarifa de taxi, kilometraje, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro
\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro
\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes	\$ _____ /mes

Parte 7: Información actual sobre la vivienda:

Debe seleccionar una de las siguientes opciones:

- No conozco ningún problema actual que pueda hacer que mi unidad no pase la inspección y mi arrendador ha respondido a las solicitudes de reparaciones.
- Estoy al tanto de los problemas que harían que mi unidad no pasara una inspección de los Estándares de Calidad de la Vivienda y mi arrendador no ha respondido a la solicitud de reparaciones.

Parte 8: Certificación:

Todas las personas serán tratadas de manera justa e igualitaria sin distinción de raza, color, religión, sexo, estado familiar, discapacidad u origen nacional de conformidad con la Ley de Vivienda Justa. La información en este formulario debe ser utilizada por la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield para determinar la elegibilidad, el tamaño de la unidad y el monto del pago del inquilino. No se divulgará fuera de la Autoridad de Vivienda, excepto según lo exija o permita la ley. **IMPORTANTE:** Al firmar esta solicitud, usted certifica que sabe que la Ley Federal prevé una multa de prisión para cualquier persona que reciba fraudulentamente asistencia a la que no tiene derecho. Entiendo que la Autoridad de Vivienda puede requerir documentación de cualquier información proporcionada en esta solicitud o en el futuro. Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada a o por la Autoridad de Vivienda. Soy consciente de que es mi responsabilidad notificar a la Autoridad cualquier cambio en la información incluida en esta solicitud. Certifico que todas las respuestas dadas aquí son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender.

Por el presente juro y doy fe de que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que todos los cambios en los ingresos de cualquier miembro del hogar, así como cualquier cambio en la composición del hogar, deben informarse **INMEDIATAMENTE** por escrito a la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield.

Mi firma a continuación también autoriza a la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield a verificar los registros de arrestos criminales a través de CBI, MRI Software o cualquier otra agencia acreditada, en todos los miembros adultos de mi hogar, incluyéndome a mí, en cualquier momento durante los próximos 15 meses.

Fecha de firma del jefe

fecha

Fecha de firma del cónyuge

fecha

Firma de otro adulto

fecha

Firma de otro adulto

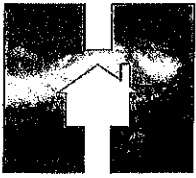
fecha

Nombre de la persona que completa el formulario (si no es cabeza de familia): _____

Firma de la persona que completo el formulario Fecha Número de teléfono

Razón por la cual el jefe de familia no completó el formulario: _____

ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE POR HACER DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.



AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE GARFIELD

1430 RAILROAD AVENUE, UNIDAD F

RIFLE, CO 81650

(970) 625-3589 o (888) 627-3589

Fax (970) 625-0859 * TTY (800) 659-2656

www.garfieldhousing.com

Obligaciones familiares y políticas de GCHA

La Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield (GCHA) puede cancelar la asistencia a los participantes del programa por violaciones de una o más de las siguientes obligaciones o políticas:

¡La Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield no ayuda a pagar ninguna parte de los depósitos por daños o el alquiler del mes pasado!

1. Los participantes deben proporcionar toda la información solicitada por GCHA y / o su especialista en vivienda. Esta información incluye, pero no se limita a, ingresos del hogar, miembros del hogar, números de seguro social y evidencia de ciudadanía o estatus legal.
2. Los participantes deben cumplir con los plazos establecidos por GCHA (devolver el papeleo, llamar antes de..., responder antes de... etc.)
3. Los participantes deben notificar a GCHA por escrito dentro de los 10 días hábiles de 1) nueva fuente de ingresos / ingresos 2) cambio de empleador 3) ingresos / ingresos adicionales (2º trabajo, pagos adicionales de manutención infantil, etc.) Proporcionar documentos dentro de los 10 días posteriores a la emisión de cada pago para los primeros 3 meses de empleo o nueva fuente de ingresos. **ESTE TIPO DE NOTIFICACIÓN DEBE PRESENTARSE POR SEPARADO DE CUALQUIER OTRO AVISO O PAPELEO** (recertificación)
4. El ingreso anual significa que todos los montos, monetarios o no que van a, o en nombre de, los miembros de la familia, se anticipan para ser recibidos de una fuente externa a la familia durante el periodo de 12 meses después de la fecha de vigencia de admisión o reexamen anual y no están específicamente excluidos por las regulaciones federales. Los ingresos por activos también se incluyen en los ingresos anuales.
5. Los participantes que reportan cero ingresos deben asistir a las reuniones de "Cero Ingresos" según lo solicitado por el personal de GCHA.
6. Si una familia intencionalmente informa mal u omite hechos relacionados con los ingresos / ingresos / activos o la composición de la familia que resulta en el pago excesivo del subsidio de alquiler se considera abuso del programa. Las regulaciones federales requieren que los participantes paguen toda la asistencia de alquiler pagada en exceso. ¡Los solicitantes y participantes deben proporcionar información completa, precisa y verdadera!
7. Las familias deben obtener aprobación previa para agregar nuevos miembros del hogar que no sea a través del nacimiento, la adopción o la custodia ordenada por el tribunal de un niño. GCHA no aprobará miembros adicionales del hogar que no cumplan con los criterios de elegibilidad de la agencia o si la nueva adición resultarían el hacinamiento de la unidad. El jefe de familia debe notificar a GCHA si un miembro abandona la unidad.
8. Los solicitantes deben localizar una unidad antes del vencimiento de su cupón. Las solicitudes de extensiones deben hacerse por escrito antes de la fecha de vencimiento del cupón.
9. Los participantes deben pagar su parte del alquiler **CADA** mes.
10. El plazo inicial del arrendamiento debe ser de un (1) año.
11. Los participantes no deben violar sus obligaciones familiares enumeradas en su cupón (y en la página del manual 2 4 A – D)
12. Los participantes no deben dañar la unidad más allá del desgaste razonable.
13. Los participantes no deben permitir que se corten los servicios públicos que la familia es responsable de pagar.
14. Los participantes no deben cometer violaciones frecuentes o repetidas de su contrato de arrendamiento.

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave. Esta institución es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.



15. Los participantes no deben celebrar un segundo contrato de arrendamiento o acuerdo paralelo con su arrendador.
16. Los participantes deben dar copias de GCHA de todos los avisos del propietario, es decir , aumentos de alquiler, violaciones de arrendamiento, avisos de desalojo.
17. Los participantes deben notificar a GCHA y a su arrendador **por escrito** de su intención de mudarse **antes de** mudarse de la unidad.
18. Los participantes deben permitir que GCHA inspeccione la unidad al menos dos veces al año según lo programado; Se le notificará por correo de la Fecha y hora de inspección. Un miembro adulto del hogar de 18 años o más debe estar presente para la inspección. La falta de inspección de su unidad es motivo para la terminación del programa.
19. Los participantes deben utilizar la unidad asistida **como su única residencia**.
20. Los participantes no deben alquilar ninguna parte de la unidad a otra persona / familia.
21. Los participantes deben notificar a GCHA por escrito si todo el hogar estará ausente de su unidad 30 días o más. Las ausencias no pueden exceder los 60 días continuos, excepto para el confinamiento con fines médicos, que es de 180 días como máximo.
22. Los participantes no deben poseer ni tener ningún interés financiero en la unidad. Ni alquiler de un familiar o pariente.
23. Los participantes no pueden recibir asistencia de alquiler de GCHA mientras reciben asistencia de alquiler adicional de otra agencia para la misma unidad o asistencia de alquiler en una segunda unidad.
24. A los participantes cancelados del programa Housing Choice Voucher por GCHA o cualquier otra autoridad de vivienda pública no se les puede permitir volver a solicitar asistencia con GCHA. Los formularios de renuncia de cupones están disponibles si ya no desea participar en el programa.
25. Los participantes pueden mudarse con asistencia continua una vez cada doce (12) meses. La notificación debe darse con 30 días calendario de anticipación de acuerdo con el contrato de arrendamiento y una copia de la notificación dada a GCHA.
26. GHCA revela las direcciones anteriores y actuales conocidas por la agencia de los propietarios pasados y actuales si así lo solicita el propietario en perspectiva. No se compartirá ninguna otra información con los propietarios.
27. **El jefe de familia es responsable del cumplimiento de todas las obligaciones familiares y los requisitos de presentación de informes para todo el hogar.**

Una lista completa de sus obligaciones familiares se encuentra en el Vale de elección de vivienda.

El plan administrativo del condado de Garfield con las regulaciones federales y las políticas de GCHA se puede encontrar en www.garfieldhousing.com

Otras causas de terminación o denegación de asistencia:

1. Cualquier miembro del hogar tiene una deuda pendiente con GCHA u otra autoridad de vivienda pública.
2. Si un hogar incumple su acuerdo de pago con GCHA, nuestra agencia buscará el pago de la deuda a través de todos los recursos legales disponibles para nosotros, incluidas las agencias de cobro. Todos los miembros del hogar mayores de 18 años son financieramente responsables del dinero adeudado a GCHA/cobros. Esto puede agregar costos por honorarios de abogados, costos judiciales e intereses al saldo pendiente.
3. Cualquier miembro de la familia ha participado o amenazado con comportamiento abusivo o violento hacia el personal de GCHA, especialistas en vivienda y / u otro personal de la agencia.
4. Cualquier miembro del hogar ha participado en actividades delictivas relacionadas con las drogas o actividades delictivas violentas u otras actividades delictivas que amenacen la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico de otros residentes y personas que residen en las inmediaciones de las instalaciones. La ley federal clasifica la marihuana como una droga ilegal.
5. Cualquier miembro del hogar que haya incurrido en el abuso del alcohol de una manera que amenace la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico de los demás residentes y personas que residen en las inmediaciones de las instalaciones.
6. Cualquier miembro del hogar debe registrarse como delincuente sexual de por vida.

Derecho a ser oído

Si se toma la decisión de terminar la asistencia de vivienda, el jefe de familia recibirá un aviso por escrito con la(s) razón(es) específica(s) para la terminación del programa. La notificación indicará el límite de tiempo en el que puede solicitar una audiencia informal para apelar la decisión de terminación.

He leído y entiendo toda la información proporcionada en esta declaración.

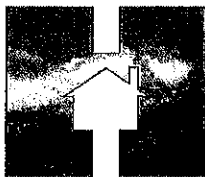
Jefe de familia

Fecha

Cónyuge / Codirector

Fecha

2/2019



AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE GARFIELD
1430 RAILROAD AVENUE, UNIDAD F
RIFLE, CO 81650
(970) 625-3589 o (888) 627-3589
Fax (970) 625-0859 * TTY (800) 659-2656
POLÍTICA/RECONOCIMIENTO ADICIONAL PARA ADULTOS

El Plan Administrativo de la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield (GCHA) define a un huésped como una persona que permanece temporalmente en la unidad con el consentimiento de un miembro del hogar que tiene autoridad expresa o implícita. Un huésped puede permanecer en la unidad asistida no más de 30 días consecutivos, o un total de 90 días calendario acumulativos durante cualquier período de 12 meses o disposiciones de arrendamiento, **lo que sea menor**.

Los niños que están sujetos a un acuerdo de custodia compartida o para quienes una familia tiene privilegios de visita para una persona que vive fuera de la unidad asistida más del 50 por ciento del tiempo, no están sujetos a las limitaciones de tiempo de las huéspedes descritas anteriormente.

Cualquier ADULTO de 18 años o más no incluido en el 50058 que esté en la unidad más que la política de huéspedes autorizados, sin la aprobación **por escrito** de GCHA se considerará que vive en la unidad como un miembro no autorizado del hogar.

La carga de la prueba de que la persona es un invitado recae en la familia en ausencia de pruebas; El individuo será considerado un miembro no autorizado del hogar. Las declaraciones de los vecinos y/o del propietario se considerarán evidencia al determinar cuánto tiempo ha estado presente el "invitado" en la unidad asistida.

Cualquier ADULTO que use la dirección de la unidad asistida para cualquier propósito, incluyendo una dirección postal, impuestos, documentos legales, otros programas estatales o federales será llamado miembro del hogar.

Si la composición del hogar cambia durante el plazo del contrato de arrendamiento, el jefe de familia es responsable de notificar por escrito a la GCHA. De lo contrario, podría resultar en la terminación de la participación en el programa, el reembolso de cualquier subsidio de alquiler pagado en exceso.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores. No hay ningún adulto que viva / permanezca en la unidad que no sea cuyo nombre (s) aparezca en la solicitud / 50058 y el contrato de arrendamiento. Estoy de acuerdo en notificar a la GCHA de cualquier cambio por escrito. Todos los miembros adultos del hogar mayores de 18 años deben firmar este formulario de reconocimiento de la póliza. **ESTE FORMULARIO SE APLICA A TODOS LOS HOUSEHOOLDS, INCLUIDOS LOS HOGARES UNIPERSONALES.**

Jefe de familia firma

Fecha

Otros miembros del hogar de 18 años o mayores

Fecha

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave. Esta institución es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.





AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE GARFIELD
1430 RAILROAD AVENUE, UNIDAD F
RIFLE, CO 81650
(970) 625-3589
Fax (970) 625-0859

CAMBIOS QUE REQUIEREN NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A LA AUTORIDAD DE VIVIENDA

Cambios en los ingresos del hogar

Los participantes deben informar los siguientes cambios de ingresos por escrito dentro de los **diez (10) días hábiles** posteriores al cambio: **¡ESTOS CAMBIOS DEBEN REALIZARSE POR SEPARADO DEL PAPELEO DE RECERTIFICACIÓN ANUAL!**

1. TODOS los cambios en el dinero que ingresa al hogar deben ser reportados a GCHA.
2. TODOS los ingresos aumentan hasta el último ingreso devengado o no devengado declarado.
3. Nuevas fuentes de ingresos devengadas o no devengadas.
4. Cambios en las últimas fuentes de ingresos devengadas o no devengadas declaradas, es decir, cambio de trabajo, 2º trabajo. etc.
5. Nuevos activos, agotamiento de activos.
6. Cuando algún miembro del hogar cumpla 18 años.
7. Cambios en la condición de estudiante.

En caso de duda, póngase en contacto con su especialista en vivienda para discutirlo.

La familia puede solicitar una reevaluación de ingresos en cualquier momento en que la familia haya experimentado un cambio en las circunstancias desde su última recertificación anual. ¡Los cambios no se realizarán mensualmente!

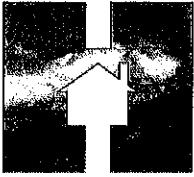
La Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield (GCHA, por sus siglas en inglés) utiliza rutinariamente la base de datos de Verificación de Ingresos Empresariales de HUD y otras fuentes de verificación de ingresos por adelantado que no son de HUD. Esto incluye todas las bases de datos privadas o públicas disponibles para nosotros. En cada examen, la información actual de ingresos y gastos proporcionada por la familia se compara con estas bases de datos para detectar posibles ingresos insuficientes o no declarados. Sin embargo, las familias **NUNCA deben** esperar que la disponibilidad de la base de datos sustituya sus requisitos de notificación por escrito.

En el caso de errores causados por la familia o abuso del programa, se requerirá que la familia reembolse cualquier exceso de subsidio recibido. GCHA puede, pero no está obligada a, ofrecer a la familia un acuerdo de pago. Si la familia no paga la deuda en su totalidad, no firma el acuerdo de pago ofrecido o no cumple con su acuerdo de pago firmado, GCHA terminará la asistencia de la familia. Luego, la cuenta se entregará a una agencia de cobro y/o a cualquier otro recurso disponible para GCHA para cobrar la deuda. Los gastos adicionales por honorarios de abogados, costos judiciales e intereses se agregarán a cualquier saldo pendiente adeudado a nuestra agencia. Todos los miembros adultos de la familia que hayan sido dados de baja del



Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave.





AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE GARFIELD
1430 RAILROAD AVENUE, UNIDAD F
RIFLE, CO 81650
(970) 625-3589
Fax (970) 625-0859

programa por violación de nuestras políticas no podrán volver a solicitar asistencia con esta agencia (GCHA).

Cambios en la composición del hogar

Los participantes deben informar todos los cambios en la composición de su familia (hogar) dentro de los **diez (10) días hábiles** posteriores al cambio: **¡ESTOS CAMBIOS DEBEN REALIZARSE POR SEPARADO A PARTIR DEL PAPELEO DE RECERTIFICACIÓN ANUAL!**

1. Nacimiento, adopción o custodia otorgada por el tribunal de un niño. No se requiere la aprobación de la agencia. Sin embargo, la tarjeta de Seguro Social y el certificado de nacimiento deben proporcionarse dentro de los 30 días; Se pueden conceder prórrogas, si es necesario.
2. Si un miembro ya no vive en la unidad o se espera que un miembro del hogar esté fuera de la unidad durante 30 días o más. Debe informar por escrito cuando el miembro del hogar temporalmente ausente regrese a la unidad o que estará ausente permanentemente.
3. Si un ayudante interno, un niño de crianza temporal o un adulto de crianza temporal ya no vive en la unidad.

En caso de duda, póngase en contacto con su especialista en vivienda para discutirlo.

Nuevos miembros de la familia y del hogar que requieren aprobación antes de mudarse:

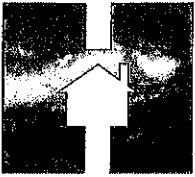
1. Agregue un nuevo miembro de la familia (cualquier persona que no sea nacimiento, adopción o custodia otorgada por la corte de un niño (s)). Esto incluye a cualquier persona que no esté en el contrato de arrendamiento y que se espere que permanezca en la unidad más de 30 días consecutivos o 90 días acumulativos dentro de un período de 12 meses o en exceso de la política de huésped del propietario, lo que sea MENOS para GCHA, por lo tanto, ya no califica como "huésped".
 1. GCHA no aprobará a las personas a menos que cumplan con los criterios de elegibilidad y los requisitos de documentación de la agencia. GCHA también puede tener otras restricciones.
2. Ayudante interno.
3. Niño de crianza temporal o adulto de acogida.

GCHA no aprobará la adición de nuevos miembros del hogar (cualquier persona que no sea el nacimiento, la adopción o la custodia otorgada por el tribunal de un niño(s)), asistente interno, niño de crianza temporal o adulto si causará una violación de los estándares de HQS.



Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave.





AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE GARFIELD
1430 RAILROAD AVENUE, UNIDAD F
RIFLE, CO 81650
(970) 625-3589
Fax (970) 625-0859

GCHA proporcionará aprobación o rechazo por escrito si la persona solicitada cumple con los criterios de elegibilidad de la agencia o los requisitos de documentación junto con el motivo de la denegación. El agencies will make the determination within ten (10) business days of receiving all information required to verify the individual's eligibility.

He leído y entiendo completamente mis requisitos de notificación por escrito con la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield y la División de Vivienda de Colorado. El jefe de familia es responsable de los requisitos de información de todo el hogar.

Cabeza de familia

Fecha

Cónyuge/Co-jefe/Otro miembro adulto

Fecha

Otra

Fecha

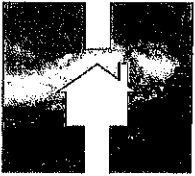
Otra

Fecha



Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave.





AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE GARFIELD
1430 RAILROAD AVENUE, UNIDAD F
RIFLE, CO 81650
(970) 625-3589
Fax (970) 625-0859

Autorización para la divulgación de información

Doy autorización a la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield para contactar o comunicarme con todas y cada una de las agencias, incluidas, entre otras: Propietarios (pasados, presentes y / o futuros), empleadores, agentes del orden público, Departamentos de Recursos Humanos, Servicios para Adultos y Familias, Divisiones Estatales de Empleo, Registro de Apoyo Familiar o cualquier otra agencia para solicitar cualquier documentación que se considere necesaria para determinar mi elegibilidad o participación continua en el Vales de Elección de Vivienda de la Sección 8 Programa.

Autorizo a cualquier agencia contactada por la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield, a cooperar plenamente y divulgar toda la información solicitada.

Esta autorización expira quince meses después de la fecha firmada a continuación.

FIRMAS:

Jefe de familia (impreso) Fecha de firma Últimos 4 del número SS

Co-Jefe / Cónyuge (Impreso) Fecha de firma Últimos 4 del número SS

Miembro adulto de la familia (impreso) Fecha de firma Últimos 4 del número SS

Miembro adulto de la familia (impreso) Fecha de firma Últimos 4 del número SS

Miembro adulto de la familia (impreso) Fecha de firma Últimos 4 del número SS

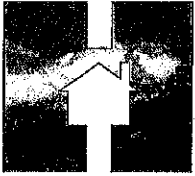
Live-in-Aide (impresión) Fecha de firma Últimos 4 del número SS

Autorización GCHA 13/11/2020



Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave.





AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE GARFIELD
1430 RAILROAD AVENUE, UNIDAD F
RIFLE, CO 81650
(970) 625-3589
Fax (970) 625-0859

GASTOS MÉDICOS

Los gastos médicos pueden deducirse de los ingresos de una familia cuyo jefe, cónyuge, codirector o miembro único tenga al menos 62 años de edad, o sea una persona con discapacidades. Una vez que una familia se considera una familia anciana o discapacitada, se pueden considerar los gastos médicos de todos los miembros de la familia.

A partir del 1 de octubre de 2011, la Autoridad de Vivienda del Condado de Garfield utilizará la publicación 502 del IRS Gastos médicos y dentales como guía para determinar las deducciones de gastos médicos.

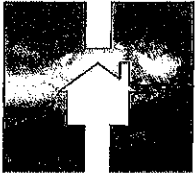
La cantidad deducida por gastos médicos es la porción de los gastos "de bolsillo" de la familia que excede el tres por ciento (3%) del ingreso bruto de la familia.

Puede obtener una copia o ver la publicación en www.irs.gov.



Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave.





GARFIELD COUNTY HOUSING AUTHORITY
 1430 RAILROAD AVENUE, UNIT F
 RIFLE, CO 81650
 (970) 625-3589
 Fax (970) 625-0859
 www.garfieldhousing.com

Certificación de Manutención de Menores/Pensión Alimenticia

Debe hacer una lista de cada padre ausente para cada niño. Todos los artículos entregados o comprados para el hogar en nombre del niño, son ingresos y deben declararse.

¿Alguno de los niños que viven en el hogar tiene un padre que vive fuera del hogar? Sí No

Nombre del padre	Dirección	Teléfono	¿Para qué niño?

No recibo apoyo de esta persona.

Si no recibe apoyo, debe explicar: _____

Recibo apoyo de esta persona.

Mi FSR # es: _____

Tipo de apoyo (Dinero en efectivo, giro postal, suministro de alimentos, facturas, teléfonos celulares, ropa, FSR, etc.)	Importe
	\$ por /semana/mes/año
	\$ por /semana/mes/año
	\$ por /semana/mes/año
	\$ por /semana/mes/año
	\$ por /semana/mes/año

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Warning: Section 1001 of Title 18 of the United States Code, states that a person who knowingly and willingly makes false or fraudulent statements to any department or agency of the United States is guilty of a felony. This institution is an equal opportunity provider and employer.



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 podría surgir 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)	
<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.



Derechos de los inquilinos que reciben vales de elección de vivienda



Los participantes en el Programa de Vales de Elección de Vivienda (HCV, por sus siglas en inglés) tienen derechos y responsabilidades como participantes del programa. Algunas responsabilidades pueden variar, por lo que es recomendable consultar con su agencia de vivienda pública (PHA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre sus responsabilidades, lea su contrato de arrendamiento.

P ¿Cuándo puedo solicitar una audiencia informal?

Si cree que su PHA aplicó una política de manera incorrecta, puede impugnar la decisión de su PHA relacionada con:

- Su cálculo de ingresos anuales.
- Su parte del alquiler.
- El monto del Pago de Asistencia de Vivienda (HAP, por sus siglas en inglés) enviado al propietario.
- La asignación adecuada de servicios públicos para su unidad.
- El estándar de subsidio aplicado a su hogar, es decir, el número de habitaciones para las que su familia califica según la política de la PHA.
- Una determinación de terminar su asistencia debido a su acción o falta de acción.
- Una determinación de finalizar su asistencia porque su familia estaba ausente de la unidad.

P ¿Cuándo puedo solicitar reparaciones a mi unidad?

Puede solicitar reparaciones en cualquier momento que sea necesario para garantizar que su hogar sea seguro y habitable. Si el propietario se niega a hacer las reparaciones necesarias, usted puede solicitar una inspección de la PHA. La inspección debería motivar al propietario a realizar las reparaciones. Si el propietario se niega a hacer las reparaciones la PHA eventualmente detendrá los HAP y rescindirá el contrato. La PHA le proporcionará un vale para que pueda mudarse.

P ¿Qué es una adaptación razonable? ¿Cuándo puedo recibir una adaptación razonable?

Una adaptación razonable es un cambio en la política o el proceso de su PHA que permite que una persona con una discapacidad tenga la misma oportunidad de participar en el programa. Su PHA puede informarle cómo solicitar un ajuste razonable.

Algunos ejemplos de una adaptación razonable incluyen:

- Un vale de mayor tamaño para permitir que una persona con discapacidad tenga un asistente residente.
- Un intérprete de lenguaje de señas durante una reunión pública de PHA para que una persona con pérdida auditiva pueda participar.
- Documentos en letra grande para una persona con visión limitada.
- Tiempo de búsqueda adicional para permitir que una familia tenga más tiempo para encontrar una unidad accesible.
- Un estándar de pago excepcional, es decir, un subsidio de alquiler más alto, para hacer que una unidad que satisfaga las necesidades relacionadas con la discapacidad de una familia sea asequible para esa familia.

P El inglés no es mi primera lengua. ¿Puedo obtener información en mi idioma?

Sí. Puede recibir información oral de su PHA en su idioma preferido. La PHA tendrá un miembro del personal que hable su idioma o proporcionará un intérprete gratuito.

P ¿Cuándo y dónde puedo mudarme con mi vale?

- Puede mudarse con asistencia continua en cualquier momento, siempre y cuando su contrato de arrendamiento haya finalizado. Es posible que esté limitado a una mudanza por año.
- Existe una excepción para las personas cubiertas por la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA). A alguien que haya experimentado violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso, y que tenga un vale, se le debe permitir mudarse con asistencia continua. Obtenga más información en <https://www.hud.gov/vawa>.
- Puede mudarse a cualquier otro lugar del país donde exista un programa de vales de elección de vivienda. Este proceso se llama "portabilidad".

P ¿Cómo puedo participar en mi junta de PHA?

- Todos los clientes de PHA tienen derecho a participar en las reuniones públicas de la junta de PHA. Su PHA publicará públicamente su calendario de reuniones de la junta.

P Un propietario me dijo que no acepta vales. ¿Es eso legal?

- Depende de dónde viva. Algunas áreas tienen lo que se llama ley de "fuente de ingresos". Las leyes sobre la fuente de ingresos hacen ilegal que los propietarios rechacen a inquilinos con HCV la oportunidad de solicitar sus unidades simplemente porque tienen un HCV. Por lo tanto, anuncios que digan algo como "No se acepta Sección 8" o "No se aprueban vales" son ilegales.

Para averiguar si su comunidad tiene una ley sobre la fuente de ingresos, busque aquí:

- https://www.hud.gov/Program_Offices/Public_Indian_Housing/Source_Income_Protections.

P ¿Cómo puedo denunciar discriminación?

- Si siente que ha sido discriminado y desea ayuda, busque su organización local de vivienda justa con apoyo federal aquí: https://www.hud.gov/program_offices/fair_housing_equal_op/contact_fhip.
- También puede presentar una queja directamente ante HUD: <https://www.hud.gov/fairhousing/fileacomplaint>.



Para obtener más recursos para inquilinos sobre vales de elección de vivienda, visite <https://www.hud.gov/hcv/tenants>.



Comuníquese con su PHA local para obtener más información.