



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE



Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Solicitud de admisión de la Autoridad de Vivienda de Springdale

Información importante

Por favor, lea atentamente antes de completar los formularios de solicitud

Si usted o alguien de su familia es una persona con discapacidades y necesita una adaptación específica para utilizar plenamente nuestros programas y servicios, comuníquese con la Autoridad de Vivienda.

- La solicitud debe ser completada con la letra del jefe de hogar. Las solicitudes incompletas no serán procesadas.
- Las personas con discapacidades o personas que tienen una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o entender el inglés pueden buscar ayuda para completar el formulario en la oficina de la agencia de vivienda.
- Use el nombre legal completo de cada persona que figura en la solicitud tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social.
- Por favor, imprima todas las respuestas.
- Responda todas las preguntas en el formulario de solicitud. No dejes ninguna pregunta en blanco. Si una pregunta no se aplica a usted, como "¿Cuál es su número de teléfono?" y no tiene teléfono, escriba: "Ninguno".
- Todas las preguntas de sí/no deben ser marcadas para indicar si su respuesta es un "sí" o un "no".
- Si no hay suficiente espacio para responder a una pregunta en particular o para proporcionar cualquier explicación adicional que desee hacer, no dude en adjuntar una o más páginas a la solicitud.
- El cabeza de familia legal y el cónyuge / co-jefe (si lo hay) deben firmar y fechar el formulario de solicitud.
- Cuando se indique en este formulario, las preguntas se aplican a todos los miembros de la familia enumerados en la solicitud.
- La información que proporcione en esta solicitud debe ser verdadera y completa. Es una violación de la ley penal federal y estatal hacer declaraciones falsas en una solicitud de asistencia para la vivienda. Si no entiende una pregunta, consulte a su representante de vivienda.
- Tenga en cuenta que la PHA llevará a cabo verificaciones de antecedentes penales y verificaciones de registro de delincuentes sexuales de todos los miembros adultos del hogar, incluidos los asistentes internos.



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Para calificar para una vivienda, el solicitante debe:

- Ser una familia según se define en la Política de Admisión y Ocupación Continua (ACOP) de la Autoridad de Vivienda para Vivienda Pública y el Plan Administrativo (ADMIN) para el programa de Vales de Elección de Vivienda. Una copia del ACOP y del ADMIN se publican en línea en www.springdalehousingauthority.com o están disponibles en la oficina de la autoridad de vivienda.
- Cumplir con los requisitos de HUD para ciudadanía o estatus migratorio.
- Tener un ingreso anual en el momento de la admisión que no exceda los límites de ingresos establecidos por HUD. Estos límites de ingresos se publican en la oficina de la PHA y en el sitio web de la PHA.
- Proporcionar documentación de los números de Seguro Social de todos los miembros de la familia o certificar que no tienen números de Seguro Social.
- Pagar cualquier dinero adeudado a la PHA o a cualquier otra Autoridad de Vivienda.
- Firmar formularios de autorización para que la PHA pueda verificar los diversos requisitos de elegibilidad.
- No estar sujeto a los requisitos de registro de delincuentes sexuales de por vida en ningún estado y no haber sido condenado por fabricar metanfetaminas en viviendas con asistencia federal.
- No tener ningún miembro del hogar que esté involucrado en cualquier actividad delictiva que amenace la vida, la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico de las instalaciones por parte de otros residentes, y no tener ningún miembro del hogar que esté involucrado en cualquier actividad criminal violenta o relacionada con drogas.
- Solo vivienda pública: califique como un inquilino adecuado después de que la PHA realice una evaluación del historial de alquiler anterior y la responsabilidad financiera.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades

Necesitamos su ayuda para garantizar que todos nuestros programas, servicios y actividades sean totalmente accesibles para las personas con discapacidades. Si encuentra algún tipo de barrera que le impida recibir el beneficio completo de nuestros programas, servicios o actividades, háganoslo saber.



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Cabeza de familia _____ Fecha _____

_____ Vivienda Pública

_____ Cupón Housing Choice

Horario de oficina: lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. Cerrado de 12:00 p.m. a 1:00 p.m. para el almuerzo

Las solicitudes se aceptan de lunes a jueves durante el horario comercial.

(Para una exención a esta política, llame al 479-751-0560)

Proporcione todos los documentos que se enumeran a continuación que se apliquen a su familia. Los documentos pueden ser copiados en nuestra oficina sin costo alguno para usted.

Todos los miembros de la familia (según corresponda)	Activos (todos los miembros del hogar)
Certificado de Nacimiento o Pasaporte	Cuenta de Ahorros (6 meses)
Tarjeta de Seguro Social	Cuenta Corriente (6 meses)
Identificación con foto (todos los adultos)	Fondos del Mercado Monetario
Estatus Migratorio	Certificado de Depósitos
Certificado de Matrimonio/Sentencia de Divorcio	Cuentas IRA/Keogh
Órdenes de Custodia/Adopción	Acciones, bonos o fondos mutuos
	Bienes Raíces/Ingresos por Alquiler
Verificación de ingresos	Herencias/Fondos Fiduciarios
Talones de cheques	Pólizas de seguro de vida entera
Declaración del empleador	Otros Fondos de Jubilación/Pensiones
Declaración de impuestos más reciente	
Prestaciones por desempleo	Solo para familias de ancianos / discapacitados
Pago militar	Gastos médicos de bolsillo
Beneficios de SNAP / Beneficios de Bienestar	Medicamentos recetados/gastos por discapacidad
Manutención de los hijos	Gastos de Médico/Hospital/Clínica
Pensión alimenticia	Primas de seguro médico
Seguridad social	
SSI/Otros Ingresos por Discapacidad	Otros gastos
Compensación del trabajador	Declaración de los proveedores de cuidado infantil
Fondos de pensiones u otros fondos de jubilación	Gastos de cuidado de familiares discapacitados
Apoyo monetario de la familia	
Trabajo por cuenta propia	Solo para solicitantes de vivienda pública
Premios/Becas/Asistencia Educativa	Referencias del Arrendador (4)/Otro

Si usted o alguien en su hogar es una persona con discapacidades y necesita una adaptación específica para utilizar plenamente nuestros programas y servicios, comuníquese con la Autoridad de Vivienda. Si necesita ayuda para entender este documento, puede venir o llamar a la oficina para la asistencia. (479)751-0560. Si necesita ayuda para entender este documento, puede venir a la oficina o llamar para obtener asistencia al (479) 751-0560. Elane kwe ak ro uaan bamle eo eloii disabilities iben im kwoj aikuij talepen jiban ko iloan programs im service eo, jouj im kebaak office eo ak call e 479-751-0560.



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE



Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

¿Cómo nos ponemos en contacto con usted?

Por favor, imprima

Nombre del Jefe de Familia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física actual: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Dirección postal actual: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Otro nombre de adulto: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física actual: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Dirección postal actual: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

¿Cuál es tu método de contacto preferido? _____

Si esta información cambia, debe proporcionarnos información actualizada por escrito. Esto se puede hacer en persona en 5 Applegate Drive Springdale, AR 72764, por correo postal PO BOX 2085 Springdale, AR 72765 o por correo electrónico reception@springdaleha.org.



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE



Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Solicitud de admisión de la Autoridad de Vivienda de Springdale

Parte A: Información sobre los miembros del hogar

Haga una lista de todas las personas, de 18 años o más (Jefe/Cónyuge/Cojefe, independientemente de la edad), que vivirán en el hogar, comenzando con el jefe de familia. Cada casilla debe ser completada para cada miembro. Nadie, excepto los enumerados en este formulario, puede vivir en la unidad.

Nombre	Relación con la cabeza	¿Deshabilitado? S/N	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	¿Ciudadano estadounidense? S/N	# de Seguro Social o Identificación de extranjero #

Niños menores de 17 años

Haga una lista de todos los niños que vivirán en el hogar, desde el mayor hasta el menor.

Nombre	Relación con la cabeza	¿Deshabilitado? S/N	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	¿Ciudadano estadounidense? S/N	# de Seguro Social o Identificación de extranjero #



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Raza y etnia del cabeza de familia

Carrera: Marca la carrera correspondiente. (Se puede ingresar más de una categoría si corresponde)

_____ Blanco _____ Negro/Afroamericano _____ Americano Indio/Nativo de Alaska

_____ Asiático _____ Native Hawái/Otros isleños del Pacífico

Origen étnico: _____ Hispanos o latinos _____ No hispanos o latinos

Responda las siguientes preguntas sobre todos los miembros del hogar:

1. ¿Algún adulto que vivirá en la casa ha vivido anteriormente en algún programa de vivienda con asistencia federal? _____ SÍ _____ NO
En caso afirmativo, ¿dónde/cuándo? _____
2. ¿Alguien que vivirá en la casa tiene un decreto de divorcio o una orden judicial como resultado de un divorcio o separación legal? _____ SÍ _____ NO
En caso afirmativo, ¿quién? _____
3. ¿Alguien que no sea un adulto que vivirá en el hogar comparte la custodia de alguno de los niños enumerados? _____ SÍ _____ NO
En caso afirmativo, ¿quién? _____
4. ¿Alguien que vivirá en la casa está esperando un hijo? _____ SÍ _____ NO
En caso afirmativo, ¿quién? _____
5. ¿Alguien que vivirá en la casa ha usado alguna vez otro nombre o número de Seguro Social que no sea el que figura en esta solicitud? _____ YES _____ NO
En caso afirmativo, ¿quién? _____
6. ¿Hay alguien que viva en la casa que tenga 18 años o más y sea estudiante de tiempo completo (escuela secundaria o escuela técnica) o que asista a la universidad a tiempo completo o parcial? _____ SÍ _____ NO
En caso afirmativo, ¿quién? _____
Dedicación plena _____ Tiempo Parcial _____
7. ¿Usted o alguien de su hogar necesita una adaptación razonable debido a una discapacidad para acceder a nuestros programas, servicios y actividades?
_____ SÍ _____ NO Si es así, ¿quién? _____ ¿Qué se necesita? _____



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE



Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Parte B: Referencias de Carácter/Información de Vivienda Actual y Anterior (Solo Solicitantes de Vivienda Pública)

Referencias de carácter: Enumere los nombres, direcciones y números de teléfono de las personas que lo conocen y pueden hablar con su carácter, capacidad de pago y capacidad de limpieza.

Nombre del contacto: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Años conocida: _____

Nombre del contacto: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad /Estado/Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Años conocida: _____

Escriba su dirección actual y la información del propietario. Luego enumere todas las direcciones anteriores y los propietarios de los últimos 5 años.

1. Arrendador actual: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad /Estado/Código Postal: _____

Monto del alquiler: _____ ¿Cuánto tiempo? _____

2. Arrendador actual: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad /Estado/Código Postal: _____

Monto del alquiler: _____ ¿Cuánto tiempo? _____

3. Arrendador actual: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad /Estado/Código Postal: _____

Monto del alquiler: _____ ¿Cuánto tiempo? _____

4. Arrendador actual: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad /Estado/Código Postal: _____

Monto del alquiler: _____ ¿Cuánto tiempo? _____

5. Arrendador actual: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad /Estado/Código Postal: _____

Monto del alquiler: _____ ¿Cuánto tiempo? _____



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE



Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Parte C: Antecedentes penales y otra información

Estas preguntas se aplican a usted y a todos los miembros de su hogar.

1. ¿Ha sido usted o algún miembro del hogar condenado por algún delito que no sean infracciones de tránsito? ____SÍ ____NO En caso afirmativo, ¿quiénes fueron condenados? ____¿Cuántas veces? ____Por Favor explique (incluya cuándo fue condenado, de qué y dónde): _____
2. ¿Algún miembro del hogar está sujeto a un registro de delincuente sexual de por vida en cualquier estado? ____SÍ ____NO En caso afirmativo, ¿quién?

3. ¿Algún miembro del hogar está consumiendo drogas ilegales actualmente? ____SÍ ____NO En caso afirmativo, ¿quién? _____
4. ¿Algún miembro del hogar abusa del alcohol de una manera que amenaza la salud, el bienestar o la seguridad de los demás? ____SÍ ____NO
En caso afirmativo, explique lo siguiente _____
5. ¿Algún miembro del hogar ha sido desalojado alguna vez de algún tipo de vivienda? ____SÍ ____NO En caso afirmativo, explicar cuándo, dónde y por qué motivo: _____
6. ¿Algún miembro del hogar ha cometido alguna vez fraude en un programa federal de vivienda asistida o se le ha solicitado que devuelva dinero a alguna Autoridad de Vivienda? ____SÍ ____NO En caso afirmativo, explique lo siguiente: _____



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Parte D: Información sobre los ingresos de los miembros de la familia.

Los ingresos incluyen dinero o contribuciones de todas y cada una de las fuentes pagadas a o en nombre de un miembro de la familia.

¿Usted o algún miembro de su familia presento una declaración de impuestos federales el año pasado?

☐ SÍ ☐ NO ¿Quién? _____

¿Usted o algún miembro de la familia recibe alguno de los siguientes o espera recibir alguno de los siguientes durante los próximos 12 meses? (Encierre en un círculo SÍ o NO)

¿Sueldos, salarios, propinas, honorarios o comisiones de algún empleador? (Tiempo completo o parcial)

SÍ NO

¿Compensación por servicios personales?

SÍ NO

¿Ingresos provenientes de la explotación de un negocio o profesión?

SÍ NO

¿Pago militar regular o especial?

SÍ NO

¿Pagos de Seguridad Social?

SÍ NO

¿Pagos de Compensaciones por Discapacidad?

SÍ NO

¿Pagos de compensación del trabajador?

SÍ NO

¿Prestaciones por desempleo?

SÍ NO

¿Indemnización por despido?

SÍ NO

¿Pagos de asistencia social?

SÍ NO

¿Pagos TANF/TEA?

SÍ NO

¿Pagos de pensión alimenticia?

SÍ NO

¿Pagos de manutención de menores?

SÍ NO

¿Asistencia financiera para asistir a la escuela?

SÍ NO

¿Se paga alguna factura por usted con una contribución regular de alguien?

SÍ NO

¿Regalos regulares (monetarios) de alguien?

SÍ NO

¿Intereses, dividendos u otros ingresos de activos?

SÍ NO

¿Forma de ingresos de alquiler propiedad o propiedad personal?

SÍ NO

¿Pagos de anualidades?

SÍ NO

¿Pagos de pólizas de seguros?

SÍ NO

¿Pagos de fondos de jubilación?

SÍ NO

¿Pagos de pensiones?

SÍ NO

¿Pagos de beneficios por discapacidad?

SÍ NO

¿Pagos de beneficios por fallecimiento?

SÍ NO

¿Pago único por el retraso en el inicio de los pagos periódicos?

SÍ NO



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Enumere las fuentes y cantidades de todos los ingresos (dinero) esperados para los próximos 12 meses para TODOS los miembros de la familia de todas y cada una de las fuentes.

Nombre del miembro de la familia	Fuente de ingresos	Importe	¿Con qué frecuencia?

Parte E: Información sobre los bienes de todos los miembros de la familia.

Complete la "Certificación de activos de menos de \$ 5,000" adjunta para los activos familiares. Por favor, ponga un "0" en el valor en efectivo si no es propietario del activo listado.

UNDER \$5,000 ASSET CERTIFICATION

For households whose combined net assets do not exceed \$5,000.
Complete only one form per household; include assets of children.

Household Name: _____ Unit No.: _____

Development Name: _____ City: _____

Complete all that apply for 1 through 4:

1) My/our assets include:

(A) Cash Value*	(B) Int. Rate	(A*B) Annual Income	Source	(A) Cash Value*	(B) Int. Rate	(A*B) Annual Income	Source
\$ _____	_____	\$ _____	Savings Account	\$ _____	_____	\$ _____	Checking Account
\$ _____	_____	\$ _____	Cash on Hand	\$ _____	_____	\$ _____	Safety Deposit Box
\$ _____	_____	\$ _____	Certificates of Deposit	\$ _____	_____	\$ _____	Money Market Funds
\$ _____	_____	\$ _____	Stocks	\$ _____	_____	\$ _____	Bonds
\$ _____	_____	\$ _____	IRA Accounts	\$ _____	_____	\$ _____	401K Accounts
\$ _____	_____	\$ _____	Keogh Accounts	\$ _____	_____	\$ _____	Trust Funds
\$ _____	_____	\$ _____	Equity in real estate	\$ _____	_____	\$ _____	Land Contracts
\$ _____	_____	\$ _____	Lump Sum Receipts	\$ _____	_____	\$ _____	Capital Investments
\$ _____	_____	\$ _____	Life Insurance Policies (excluding Term)				
\$ _____	_____	\$ _____	Other Retirement/Pension Funds not named above:				
\$ _____	_____	\$ _____	Personal property held as an investment**:				
\$ _____	_____	\$ _____	Other (list):				

PLEASE NOTE: Certain funds (e.g., Retirement, Pension, Trust) may or may not be (fully) accessible to you. Include only those amounts which are.

*Cash value is defined as market value minus the cost of converting the asset to cash, such as broker's fees, settlement costs, outstanding loans, early withdrawal penalties, etc.

**Personal property held as an investment may include, but is not limited to, gem or coin collections, art, antique cars, etc. Do not include necessary personal property such as, but not necessarily limited to, household furniture, daily-use autos, clothing, assets of an active business, or special equipment for use by the disabled.

- 2) ☐ Within the past two (2) years, I/we have sold or given away assets (including cash, real estate, etc.) for more than \$1,000 below their fair market value (FMV). Those amounts* are included above and are equal to a total of: \$ _____ (*the difference between FMV and the amount received for each asset on which this occurred).
- 3) ☐ I/We have not sold or given away assets (including cash, real estate, etc.) for less than fair market value during the past two (2) years.
- 4) ☐ I/We do not have any assets at this time.

The net family assets (as defined in 24 CFR 813.102) above do not exceed \$5,000 and the annual income from the net family assets is \$ _____. This amount is included in total gross annual income.

Under penalty of perjury, I/we certify that the information presented in this certification is true and accurate to the best of my/our knowledge. The undersigned further understand(s) that providing false representations herein constitutes an act of fraud. False, misleading or incomplete information may result in the termination of a lease agreement.

Applicant/Tenant _____ Date _____ Applicant/Tenant _____ Date _____

PENALTIES FOR MISUSING THIS VERIFICATION

Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department of the United States Government, HUD and any owner (or any employee of HUD or the owner) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form. Use of the information collected based on this verification form is restricted to the purposes cited above. Any person who knowingly or willfully requests, obtains or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000. Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD or the owner responsible for the unauthorized disclosure or improper use. Penalty Provisions for misusing the social security number are contained in the Social Security Act at 42 U.S.C. 208 (f)(g) and (h). Violations of these provisions are cited as violations of 42 U.S.C. 408 f, g and h.





AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE



Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Parte F: Información sobre los gastos del hogar.

¿Algún miembro de la familia tiene gastos para el cuidado de un niño de 12 años o menos que los que le permiten a alguien trabajar, ir a la escuela o buscar empleo?

____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Nombre del menor	Proveedor de atención	Dirección	Número de teléfono	¿Monto mensual?

¿Alguna parte de estos gastos de cuidado infantil es reembolsada por una agencia o persona externa?

____ SÍ ____ NO En caso afirmativo, ¿cuánto se reembolsa?

¿Le paga a un cuidador para que cuide a un familiar discapacitado para que un miembro adulto de la familia pueda trabajar? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre del cuidador	Dirección	Número de teléfono	¿Monto mensual?

¿Está pagando algún tipo de equipo para un miembro discapacitado de la familia que permita a un miembro adulto trabajar? (Esto podría incluir a la persona con la discapacidad)

____ SÍ ____ NO En caso afirmativo, ¿cuál es el costo mensual previsto? _____



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Indique el monto en dólares para sus gastos de manutención mensuales para todos los miembros de la familia que se enumeran a continuación:

Artículo	Monto Mensual	Última fecha de pago	¿Pagado por quién?
Alquilar			
Electricidad			
Gas			
Agua/Alcantarilla/Basura			
Teléfono			
TV Cable			
Internet			
Pago del coche			
Seguro de auto			
Gasolina para el coche			
Seguro de vida			
Seguro de enfermedad			
Préstamos			
Alquiler			
Mueble			
Viveres			
Tarjetas de crédito			
Otro			

Gastos médicos (Estas preguntas solo se aplican si el director, codirector o cónyuge tiene 62 años o más o está discapacitado).

¿Usted o algún miembro de la familia paga por alguno de los siguientes artículos?

¿Primas de seguro médico? _____ SÍ _____ NO

Seguro de Cuidado a Largo Plazo _____ SÍ _____ NO

¿Gastos de bolsillo de medicamentos recetados? _____ SÍ _____ NO

¿Facturas médicas atrasadas? _____ SÍ _____ NO

¿Otros gastos médicos anticipados? _____ SÍ _____ NO



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Enumere el tipo y el monto de los gastos médicos de todos los miembros de la familia que anticipa pagar durante los próximos 12 meses:

Nombre del miembro de la familia	Tipo de Gasto	Monto Mensual

Parte G: Cuestionario de Preferencia de Vales de Elección de Vivienda

¿Dejó su casa en _____ (dirección y ciudad donde vivía)
debido a un desastre natural? ____SÍ ____NO

En caso afirmativo, ¿emitió el Gobierno Federal una Declaración Federal de Desastre?
____SÍ ____NO

Entiendo que la Autoridad de Vivienda me exigirá que verifique esta información.

Nombre _____

Dirección/Teléfono Número _____

Imprimir nombre _____

Nombre y firma _____



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Certificación del solicitante

Por la presente certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que estoy obligado a notificar a la Autoridad de Vivienda por escrito (dentro de los 10 días hábiles) si algún miembro de la familia se muda de la unidad, y que no puedo permitir que nadie se mude a mi unidad sin la aprobación previa de la Autoridad de Vivienda. Entiendo que debo notificar a la Autoridad de Vivienda por escrito de cualquier cambio en el hogar debido a nacimiento, adopción o custodia otorgada por el tribunal. También entiendo que cualquier persona que intente obtener asistencia para la vivienda o deducción de alquiler haciendo declaraciones falsas, suplantando la identidad, omitiendo revelar u ocultando información intencionalmente, o cualquier acto de asistencia para dicho intento es un delito según la ley federal y estatal.

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 y será multada con no más de \$ 10,000 o encarcelada por no más de cinco años.

Firma del Jefe de Familia

Fecha

Firma del cónyuge o co-jefe

Fecha

Firma de otro adulto

Fecha

Certificación del representante de PHA

Por la presente, certifico con mi firma que he explicado todas las preguntas en este formulario de solicitud y revisado las respuestas proporcionadas con el jefe de familia para asegurarme de que estas preguntas se entendieron y respondieron completamente.

Firma del representante de la PHA

Fecha



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE



Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Verificación de antecedentes de PI a nivel nacional del inquilino
Publicación de Registros de Arresto/Condenas
Publicación del historial de alquiler

**Cada miembro de la familia mayor de 18 años que vaya a residir en el hogar debe completar un formulario.
POR FAVOR, IMPRIMA**

Fecha de la solicitud	Personal de la Autoridad de Vivienda que realiza la solicitud Roselinda Katjang
Nombre de la empresa Autoridad de Vivienda de Springdale	Título/Cargo Especialista en Vivienda
Asunto del cheque: su nombre	Otro(s) nombre(s) utilizado(s)
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal
Otros identificadores	

Por la presente, autorizo la realización de una verificación de antecedentes para arrestos y condenas y mi historial de alquiler.

Firma

Fecha

N.º de control de OMB 2502-0581
Exp. (07/31/2012)

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)	
☐ Emergencia	☐ Ayuda con el proceso de recertificación
☐ No es posible comunicarse con usted	☐ Cambio en los términos del arrendamiento
☐ Rescisión de la asistencia de alquiler	☐ Cambio en las reglas de la casa
☐ Desalojo de la unidad	☐ Otro: _____
☐ 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. Respaldar 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.

Cada Formulario de Declaración de Sección 214

Esta sección es para ser completada por el solicitante/residente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Relación con la cabeza de familia: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Número de registración del extranjero: _____

Número de Admisión _____ Nacionalidad: _____
(Si aplica— de INS forma I-94, Registros de salida) (País al cual usted debe su lealtad legal— puede que sea o que no sea su país de nacimiento)

Declaración

Instrucciones: Complete la declaración abajo revisando las res Casillas y firmando en la casilla que aplique. Una declaración separada debe ser firmada por cada miembro/a de la familia asistida.

Yo, _____ Por este medio declaro, Bajo penalización de perjurio, que:

1. Yo soy un ciudadano/a o naturalizado/de los Estados Unidos de América.

Firma _____ Fecha _____
(Si usted está firmando por un menor que vive en su unidad asistida y por quién usted es responsable, marque aquí ☐%
Si usted firma esta casilla, no necesita más información.

2. Yo no soy un ciudadano/a, pero tengo un estatus elegible, como está descrito al reverso.

Firma _____ Fecha _____
(Si usted está firmando por un menor que vive en su unidad asistida y por quién usted es responsable, marque aquí ☐
Si usted firma esta casilla, usted debe completar el reverso de esta hoja e incluir el consentimiento de verificación.

Petición para una extensión

Yo por este medio certifico que yo no soy un ciudadano/a con elegible estatus migratorio, como está escrito en la casilla 2 arriba, y como está descrito en el reverso, y que la evidencia necesaria para mostrar mi reclamo no está temporalmente disponible. Yo estoy pidiendo tiempo adicional para obtener la evidencia necesaria. Yo certifico que las diligencias y los esfuerzos van a ser tomados para obtener las evidencias.

Firma _____ F i r m a _____ Fecha _____
Si usted firma esta casilla, usted debe completar el reverso incluyendo la verificación del consentimiento.

3. Yo no tengo un estatus migratorio elegible y yo comprendo que yo no soy elegible para asistencia financiera con la vivienda.

Firma _____ Fecha _____
(Si está firmando en nombre de un menor que vive en su unidad asistida, y por quién usted es responsable, marque aquí ☐%
Si usted firma esta casilla, no necesitamos más información. Usted **no es** elegible para asistencia con la vivienda.

Esta sección es para ser completada por el manager

Guarde el número de verificación: _____

Penalidades por el mal uso de este consentimiento: Título 18, Sección 1001 del código de US dicta que una persona es culpable de una felonía por tener conocimiento y por estar dispuesto/a a hacer falsos o fraudulentos testimonios a cualquier departamento de gobierno de los Estados Unidos. HUD, la PHA y cualquier propietario (o cualquier empleado/a de HUD, la PHA o el propietario/a) podrían estar sujetos a penalidades por mostrar información no autorizada, o por el inapropiado uso de la información colectada basada en el formulario de consentimiento. Use la información colectada basada en esta forma de verificación que es restringida para los propósitos citados arriba. Cualquier persona que sabiendo o que está dispuesto/a a requerir, obtener o a mostrar cualquier información bajo pretensiones falsas concernientes a un solicitante o participante, debe estar sujeto a un delito y a una fianza de no más de \$5,000. Cualquier solicitante o participante afectado/a por la negligente revelación de información debe traer acción civil por daños, y busca otro alivio, como sea apropiado, en contra del oficial o empleado/a de HUD, la PHA, o el propietario/a responsable por la revelación sin autorización o por el uso inapropiado. La penalidad de las provisiones por el mal uso del Número de Seguro Social está contenida en el Act 208(a)(6), (7) y (8). ** Violaciones de estas provisiones están citadas como violaciones de 42 U.S.C. Sección 408 (a) (6), (7) y (8). **

Cada Formulario de Declaración de la Sección 214 (continuación)

Esta sección debe ser completada por un solicitante o residente

Si usted marcó la casilla 2 en el frente de esta página, y está diciendo que no es un ciudadano/a pero que tiene un estatus migratorio elegible, una de las siguientes Casillas DEBE ser llenada:

- ☐ 1. Una persona que no es ciudadana/o legalmente admitido/a por residencia permanente, como está definido en la sección 101(a)(20) del Acta de inmigración y nacionalidad (INA) como un inmigrante, como está definido en la sección 101 (a)(15) de INA (8 USC 1001 (a)(20) y 1101 (a)(15), respectivamente). [Inmigrantes] (Esta categoría incluye a personas no ciudadanas/os admitidos/as bajo la sección 210 o 210A de INA (8 USC 1160 o 1161), [Trabajador/a especial de agricultura], a quien se le ha garantizado el estatus de residente legal);
- ☐ 2. Una persona que no es ciudadano/a que entró a US antes del 1-1-1972, o, la última fecha en la que se aceptó por ley, y ha mantenido una residencia continua en U.S. desde entonces, y que no es elegible para la ciudadanía, pero que es considerado/a ser admitido/a legalmente para la residencia permanente como el resultado de un ejercicio de discreción por el Abogado General bajo la Sección 249 de INA (8 USC 1259);
- ☐ 3. Una persona que no es ciudadano/a de los U.S pero que está legalmente presente en los Estados Unidos. De conformidad de una admisión bajo la Sección 207 de INA (8 USC 1157) [Estatus de Refugiado/a]; De conformidad con la garantía de un asilo (el cual no ha sido terminado) bajo la sección 208 de INA (8 USC 1158) [Estatus de asilo]; O como el resultado de tener garantizada la entrada condicional bajo la sección 203 (a)(7) de INA (8 USC 1153(A)(7) antes 4-1-1980, por la persecución en cuenta de raza, religión, o por opinión política o por haber sido desarraigados por una calamidad nacional catastrófica;
- ☐ 4. Una persona que no es ciudadana/o pero que está legalmente presente en US como el resultado de un ejercicio de discreción por un Abogado General por razones de emergencia o por razones consideradas estrictamente en el interés público bajo la sección 212 (d)(5) de INA (8 USC 1182 (d)(5)) [Estatus de libertad condicional];
- ☐ 5. Una persona que no es ciudadano/a pero que está legalmente en US como el resultado de un abogado general reteniendo la deportación bajo la Sección 243 (h) de INA (8 USC 1253 (h)) [amenaza a la vida o a la libertad]; o
- ☐ 6. Una persona que no es ciudadana/o pero que fue legalmente admitido/a para la residencia permanente o temporal bajo la sección 245 A de INA (8 USC 1255a) [Amnistía garantizada bajo INA 245 A]

Si usted marcó una de las casillas arriba, usted debe entregar uno de los siguientes documentos:

- ☐ 1. Forma I-551, Recibo de la tarjeta de Registración Extranjera (para residentes permanentes);
- ☐ 2. Forma I-94, Record de llegada - salida, con una de las siguientes anotaciones:
 - a. "Admitido/a como un refugiado/a en conformidad con la Sección 207"
 - b. "Sección 208" o "Asilo"
 - c. "Sección 243(h)" o "Deportación quedado por un Abogado General"
 - d. "Estatus de libertad condicional siguiendo la Sección 212(d)(5) de INA"
- ☐ 3. Si la forma I-94, Record de llegada -salida, no está anotada, entonces acompañada por uno de los siguientes documentos:
 - a. Una decisión final de la corte garantizando asilo (pero únicamente si no se toma ninguna apelación);
 - b. Una carta de un oficial del INS del asilo garantizando el asilo (Si la aplicación es completada en o antes de 1-10-1990) o de un director/a de distrito INS garantizando el asilo (Si la aplicación fue completada antes de 1-10-1990);
 - c. Una decisión de la corte garantizando la detención de la deportación; o
 - d. Una carta de un oficial de asilo de INS garantizando la detención de la deportación (si la aplicación fue archivada antes del 1-10-1990)
- ☐ 4. Forma I-688, Tarjeta de Residencia Temporal, en la cual debe estar anotado "Provisión de la ley 274a.12(11)" o "Provisión de la ley 247a.12";
- ☐ 5. Forma I-688B, Tarjeta de Autorización de empleo, en la cual debe estar anotado "Provisión de la ley 274a.12(11)" o "provisión de la ley 247a.12";
- ☐ 6. Una factura emitida por el INS indicando que una aplicación para asegurar del reemplazo del documento en una de las categorías enlistadas arriba; ha sido hecho y el solicitante a quién pertenece el documento ha sido verificado;
- ☐ 7. Forma I-152, Factura de la registración extranjera.

Consentimiento de Verificación

Consentimiento: Yo, _____ por este medio consiento lo siguiente:

1. El uso de la evidencia adjunta para verificar mi elegible estatus migratorio para permitirme recibir asistencia financiera para la vivienda;
2. La revelación de la evidencia de estatus migratorio elegible por el proyecto de propietario/a sin responsabilidad del futuro uso de la transmisión de la evidencia por la entidad recibiendo para; (a) HUD, como está pedido por HUD; y (b) el INS para el propósito de verificación del estatus migratorio individual. **Notificación:** La evidencia para el estatus migratorio elegible debe ser emitida solamente por el INS para propósitos de establecer elegibilidad para asistencia financiera y no para otro propósito. HUD no es responsable por el uso a futuro o por la transmisión de la evidencia o de otra información por el INS.

Firma

(Si firma en nombre de un menor que vive en su unidad asistida y por quien usted es responsable, marque aquí ☐)

Fecha



C30816 HUD sección 214 página 4
reverso. Revisado 09/08 F

Authorization for the Release of Information/Privacy Act Notice to the U.S. Department of Housing and Urban Development and the Housing Agency/Authority (HA)
 U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Public and Indian Housing

PHA or IHA requesting release of information (full address, name of contact person, and date):

Springdale Housing Authority 5 Applegate Drive Springdale, AR72764

Authority: Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993. This law is found at 42 U.S.C. 3544. This law requires you to sign a consent form authorizing: (1) HUD, and the Housing Agency/Authority (HA) to request verification of salary and wages from current or previous employers; (2) HUD and the HA to request wage and unemployment compensation claim information from the state agency responsible for keeping that information; and (3) HUD to request certain tax return information from the U.S. Social Security Administration and the U.S. Internal Revenue Service.

Section 104 of the Housing Opportunity and Modernization Act of 2016. The relevant provisions are found at 42 U.S.C. 1437n. This law requires you to sign a consent form authorizing the HA to request verification of any financial record from any financial institutions as defined in the Right to Financial Privacy Act (12 U.S.C. 3401)), whenever the HA determines the record is needed to determine an applicant's or participant's eligibility for assistance or level of benefits.

Purpose: In signing this consent form, you are authorizing HUD and the above-named HA to request income information from the sources listed on the form. HUD and the HA need this information to verify your household's income, in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. HUD and the HA may participate in computer matching programs with these sources in order to verify your eligibility and level of benefits.

Uses of Information to be Obtained: HUD is required to protect the income information it obtains in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD may disclose information (other than tax return information) for certain routine uses, such as to other government agencies for law enforcement purposes, to Federal agencies for employment suitability purposes and to HAs for the purpose of determining housing assistance. The HA is also required to protect the income information it obtains in accordance with any applicable State privacy law. HUD and HA employees may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of the income information that is obtained based on the consent form. **Private owners may not request or receive information authorized by this form.**

Who Must Sign the Consent Form: Each member of your family who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the family or whenever members of the family become 18 years of age.

Persons who apply for or receive assistance under the following programs are required to sign this consent form:

Public Housing
 Housing Choice Voucher
 Section 8 Moderate Rehabilitation

Failure to Sign Consent Form: Your failure to sign the consent form may result in the denial of eligibility or termination of assisted housing benefits, or both. Denial of eligibility or termination of benefits is subject to the HA's grievance procedures and Section 8 informal hearing procedures.

Revocation of consent: If you revoke consent, the PHA will be unable to verify your information, although the data matches between HUD and other agencies will continue to automatically occur in the Enterprise Income Verification (EIV) System if the family is not terminated from the program.

Sources of Information to be Obtained

State Wage Information Collection Agencies. (This consent is limited to wages and unemployment compensation I have received when I have received assisted housing benefits.)

U.S. Social Security Administration (HUD only) (This consent is limited to the wage and self-employment information and payments of retirement income as referenced at Section 6103(l)(7)(A) of the Internal Revenue Code.)

U.S. Internal Revenue Service (HUD only) (This consent is limited to unearned income [i.e., interest and dividends].)

Information may also be obtained directly from: (a) current and former employers concerning salary and wages; and (b) financial institutions as defined in the Right to Financial Privacy Act (12 U.S.C. 3401), whenever the HA determines the record is needed to determine an applicant's or participant's eligibility for assistance or level of benefits. I understand that income information obtained from these sources will be used to verify information that I provide in determining eligibility for assisted housing programs and the level of benefits. Therefore, this consent form only authorizes release directly from employers and financial institutions of information.

Consent: I consent to allow HUD or the HA to request and obtain income information from the sources listed on this form for the purpose of verifying my eligibility and level of benefits under HUD's assisted housing programs. I understand that HAs that receive income information under this consent form cannot use it to deny, reduce or terminate assistance without first independently verifying what the amount was, whether I actually had access to the funds and when the funds were received. In addition, I must be given an opportunity to contest those determinations.

This consent form remains effective until the earliest of (i) the rendering of a final adverse decision for an assistance applicant; (ii) the cessation of a participant's eligibility for assistance from HUD and the PHA; or (iii) The express revocation by the assistance applicant or recipient (or applicable family member) of the authorization, in a written notification to HUD or the PHA.

Signatures:

_____		_____	
Head of Household	Date		
_____		_____	
Social Security Number (if any) of Head of Household		Other Family Member over age 18	Date
_____		_____	
Spouse	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____		_____	
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____		_____	
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date

Privacy Advisory. Authority: The Department of Housing and Urban Development (HUD) is authorized to collect this information by the U.S. Housing Act of 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. 2000d), and by the Fair Housing Act (42 U.S.C. 3601-19). Purpose: This form authorizes HUD and the above-named HA to request income information to verify your household's income in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. Failure to provide any of the requested information may result in a delay or rejection of your eligibility approval.

Penalties for Misusing this Consent: HUD and the HA (or any employee of HUD or the HA) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form. Use of the information collected based on the form HUD 9886 is restricted to the purposes cited on the form HUD 9886. Any person who knowingly or willfully requests, obtains, or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000. Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD or the HA for the unauthorized disclosure or improper use.

OMB Burden Statement. The public reporting burden for this information collection is estimated to be 0.16 hours for new admissions and .08 hours for household members turning 19, including the time for reviewing, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Collection of information income and assets is required for program eligibility determination purposes. The submission of the consent form is necessary (form-HUD 9886) so that PHAs can carry out the requirements of Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993 (42 U.S.C. 3544) and Section 104 of HOTMA to ensure that HUD and PHAs can verify eligibility and income information for applicants and participants. This information collection is protected from disclosure by the Privacy Act. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions to reduce this burden, to the Office of Public and Indian Housing, US. Department of Housing and Urban Development, Washington, DC 20410. When providing comments, please refer to OMB Approval No. 2577-0295. HUD may not conduct and sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless the collection displays a valid control number.



SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY

P.O. Box 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Phone: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 or 711

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

To Whom It May Concern:

The Housing Authority of the City of Springdale is required to verify all information submitted by applicants / participants in the Public Housing, Section 8 Housing, and TBRA Programs.

As an Applicant/ Participant of these program(s), I hereby authorize the Housing Authority to verify through any Federal, State, Local Agency, organization, business, or individual any and all information relevant to determining my eligibility and/or continued eligibility for assistance. I further authorize these agencies, organizations, businesses, and individuals to release the information requested to the Housing Authority.

I further understand that the information may be used to determine my eligibility and/or continued eligibility to receive assistance from the Housing Authority of the City of Springdale. I also understand that the information may be given to the Department of Housing and Urban Development in administering and enforcing program rules.

Verifications and inquiries may include but not be limited to:

Identity and Marital Status Credit and Criminal Activity Medical or Child Care allowances
Residences and rental activity Employment, Income, and Assets

I understand and agree that HUD or the Public Housing Authority may conduct computer matching programs to verify the information supplied for my application or recertification. If a computer match is done, U understand that I have a right to notification of any adverse information found and a chance to disapprove incorrect information. HUD or the PHA may in the course of its duties exchange such automated information with other Federal, State, or local agencies, including but not limited to: State Employment Security Agencies; Department of Defense: Office of Personnel Management; the US Postal Service; the Social Security Agency; and state welfare and food stamp agencies. The Head of Household may view the EIV information for all families.

I understand that a photocopy of this Authorization for Release of Information may be attached to the Housing Authority verification forms and used by the Housing Authority for Program Management purposes. I further have the right to review documents received by the Housing Authority upon request and may also request correction to information that I prove is not valid. This form is valid for a period of 15 months.

Head of Household Signature

Print Name

Date

Spouse or Co Head Signature

Print Name

Date

Other Adult Member Signature

Print Name

Date

Other Adult Member Signature

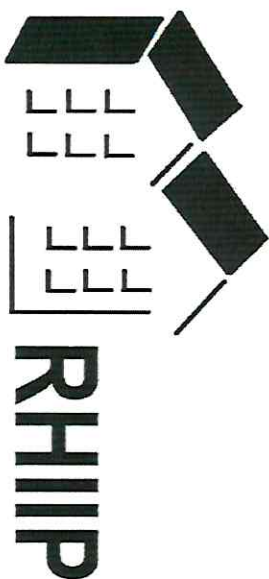
Print Name

Date

If you or anyone in your family is a person with disabilities, and you require a specific accommodation in order to fully utilize our programs and services, please call 479-751-0560 or email reception@springdaleha.org.



U.S. Department of Housing and Urban Development
Office of Public and Indian Housing (PIH)



RENTAL HOUSING INTEGRITY IMPROVEMENT PROJECT

What You Should Know About EIV

A Guide for Applicants & Tenants of Public Housing & Section 8 Programs

What is EIV?

The Enterprise Income Verification (EIV) system is a web-based computer system that contains employment and income information of individuals who participate in HUD rental assistance programs. All Public Housing Agencies (PHAs) are required to use HUD's EIV system.

What information is in EIV and where does it come from?

HUD obtains information about you from your local PHA, the Social Security Administration (SSA), and U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

HHS provides HUD with wage and employment information as reported by employers; and unemployment compensation information as reported by the State Workforce Agency (SWA).

SSA provides HUD with death, Social Security (SS) and Supplemental Security Income (SSI) information.

What is the EIV information used for?

Primarily, the information is used by PHAs (and management agents hired by PHAs) for the following purposes to:

1. Confirm your name, date of birth (DOB), and Social Security Number (SSN) with SSA.
2. Verify your reported income sources and amounts.
3. Confirm your participation in only one HUD rental assistance program.
4. Confirm if you owe an outstanding debt to any PHA.
5. Confirm any negative status if you moved out of a subsidized unit (in the past) under the Public Housing or Section 8 program.
6. Follow up with you, other adult household members, or your listed emergency contact regarding deceased household members.

EIV will alert your PHA if you or anyone in your household has used a false SSN, failed to report complete and accurate income information, or is receiving rental assistance at another address. ***Remember, you may receive rental assistance at only one home!***

EIV will also alert PHAs if you owe an outstanding debt to any PHA (in any state or U.S. territory) and any negative status when you voluntarily or involuntarily moved out of a subsidized unit under the Public Housing or Section 8 program. This information is used to determine your eligibility for rental assistance at the time of application.

The information in EIV is also used by HUD, HUD's Office of Inspector General (OIG), and auditors to ensure that your family and PHAs comply with HUD rules.

Overall, the purpose of EIV is to identify and prevent fraud within HUD rental assistance programs, so that limited taxpayer's dollars can assist as many eligible families as possible. EIV will help to improve the integrity of HUD rental assistance programs.

Is my consent required in order for information to be obtained about me?

Yes, your consent is required in order for HUD or the PHA to obtain information about you. By law, you are required to sign one or more consent forms. When you sign a form HUD-9886 (*Federal Privacy Act Notice and Authorization for Release of Information*) or a PHA consent form (which meets HUD standards), you are giving HUD and the PHA your consent for them to obtain information about you for the purpose of determining your eligibility and amount of rental assistance. The information collected about you will be used only to determine your eligibility for the program, unless you consent in writing to authorize additional uses of the information by the PHA.

Note: If you or any of your adult household members refuse to sign a consent form, your request for initial or continued rental assistance may be denied. You may also be terminated from the HUD rental assistance program.

What are my responsibilities?

As a tenant (participant) of a HUD rental assistance program, you and each adult household member must disclose complete and accurate information to the PHA, including full name, SSN, and DOB; income information; and certify that your reported household composition (household members), income, and expense information is true to the best of your knowledge.

Remember, you must notify your PHA if a household member dies or moves out. You must also obtain the PHA's approval to allow additional family members or friends to move in your home prior to them moving in.

What are the penalties for providing false information?

Knowingly providing false, inaccurate, or incomplete information is **FRAUD** and a **CRIME**.

If you commit fraud, you and your family may be subject to any of the following penalties:

1. Eviction
2. Termination of assistance
3. Repayment of rent that you should have paid had you reported your income correctly
4. Prohibited from receiving future rental assistance for a period of up to 10 years
5. Prosecution by the local, state, or Federal prosecutor, which may result in you being fined up to \$10,000 and/or serving time in jail.

Protect yourself by following HUD reporting requirements. When completing applications and reexaminations, you must include all sources of income you or any member of your household receives.

If you have any questions on whether money received should be counted as income or how your rent is determined, ask your PHA. When changes occur in your household income, contact your PHA immediately to determine if this will affect your rental assistance.

What do I do if the EIV information is incorrect?

Sometimes the source of EIV information may make an error when submitting or reporting information about you. If you do not agree with the EIV information, let your PHA know.

If necessary, your PHA will contact the source of the information directly to verify disputed income information. Below are the procedures you and the PHA should follow regarding incorrect EIV information.

Debts owed to PHAs and termination information

reported in EIV originates from the PHA who provided you assistance in the past. If you dispute this information, contact your former PHA directly in writing to dispute this information and provide any documentation that supports your dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record from EIV.

Employment and wage information

reported in EIV originates from the employer. If you dispute this information, contact the employer in writing to dispute and request correction of the disputed employment and wage information. Provide your PHA with a copy of the letter that you sent to the employer. If you are unable to get the employer to correct the information, you should contact the SWA for assistance.

Unemployment benefit information

reported in EIV originates from the SWA. If you dispute this information, contact the SWA in writing to dispute and request correction of the disputed unemployment benefit information. Provide your PHA with a copy of the letter that you sent to the SWA.

Death, SS and SSI benefit information reported in EIV originates from the SSA. If you dispute this information, contact the SSA at (800) 772-1213, or visit their website at: www.socialsecurity.gov. You may need to visit your local SSA office to have disputed death information corrected.

Additional Verification. The PHA, with your consent, may submit a third-party verification form to the provider (or reporter) of your income for completion and submission to the PHA.

You may also provide the PHA with third party documents (i.e. pay stubs, benefit award letters, bank statements, etc.) which you may have in your possession.

Identity Theft. Unknown EIV information to you can be

a sign of identity theft. Sometimes someone else may use your SSN, either on purpose or by accident. So, if you suspect someone is using your SSN, you should check your Social Security records to ensure your income is calculated correctly (call SSA at (800) 772-1213); file an identity theft complaint with your local police department or the Federal Trade Commission (call FTC at (877) 438-4338, or you may visit their website at: <http://www.ftc.gov>). Provide your PHA with a copy of your identity theft complaint.

Where can I obtain more information on EIV and the income verification process?

Your PHA can provide you with additional information on EIV and the income verification process. You may also read more about EIV and the income verification process on HUD's Public and Indian Housing EIV web pages at: https://www.hud.gov/program_offices/public_indian_housing/programs/eh/eiv

The information in this Guide pertains to applicants and participants (tenants) of the following HUD-PH rental assistance programs:

1. Public Housing (24 CFR 960); and
2. Section 8 Housing Choice Voucher (HCV), (24 CFR 982); and
3. Section 8 Moderate Rehabilitation (24 CFR 882); and
4. Project-Based Voucher (24 CFR 983)

My signature below is confirmation that I have received this Guide.

Signature

Date



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 bancarrota; 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 <i>Aviso de Terminación y Adeudos con el PHA:</i>	
	Firma Nombre en letra de molde	Fecha



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SPRINGDALE

Apartado Postal 2085 5 Applegate Drive. Springdale, Ar. 72765
Teléfono: 479-751-0560 Fax: 479-756-8059 TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Las siguientes páginas contienen información para la familia solicitante. No se necesitan firmas. Puede conservar estos documentos para sus registros.

EXHIBIT 16-1: NOTICE OF OCCUPANCY RIGHTS UNDER THE VIOLENCE AGAINST WOMEN ACT, FORM HUD-5380

Springdale Housing Authority

Notice of Occupancy Rights under the Violence Against Women Act¹

To all Tenants and Applicants

The Violence Against Women Act (VAWA) provides protections for victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. VAWA protections are not only available to women, but are available equally to all individuals regardless of sex, gender identity, or sexual orientation.² The U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) is the Federal agency that oversees that public housing is in compliance with VAWA. This notice explains your rights under VAWA. A HUD-approved certification form is attached to this notice. You can fill out this form to show that you are or have been a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking, and that you wish to use your rights under VAWA.”

Protections for Applicants

If you otherwise qualify for assistance under public housing, you cannot be denied admission or denied assistance because you are or have been a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

Protections for Tenants

If you are receiving assistance under public housing, you may not be denied assistance, terminated from participation, or be evicted from your rental housing because you are or have been a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

Also, if you or an affiliated individual of yours is or has been the victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking by a member of your household or any guest, you may not be denied rental assistance or occupancy rights under public housing solely on the basis of criminal activity directly relating to that domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

Affiliated individual means your spouse, parent, brother, sister, or child, or a person to whom you stand in the place of a parent or guardian (for example, the affiliated individual is in your care, custody, or control); or any individual, tenant, or lawful occupant living in your household.

¹ Despite the name of this law, VAWA protection is available regardless of sex, gender identity, or sexual orientation.

² Housing providers cannot discriminate on the basis of any protected characteristic, including race, color, national origin, religion, sex, familial status, disability, or age. HUD-assisted and HUD-insured housing must be made available to all otherwise eligible individuals regardless of actual or perceived sexual orientation, gender identity, or marital status.

Removing the Abuser or Perpetrator from the Household

The PHA may divide (bifurcate) your lease in order to evict the individual or terminate the assistance of the individual who has engaged in criminal activity (the abuser or perpetrator) directly relating to domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

If the PHA chooses to remove the abuser or perpetrator, the PHA may not take away the rights of eligible tenants to the unit or otherwise punish the remaining tenants. If the evicted abuser or perpetrator was the sole tenant to have established eligibility for assistance under the program, the PHA must allow the tenant who is or has been a victim and other household members to remain in the unit for 30 days, in order to establish eligibility under the program or under another HUD housing program covered by VAWA, or, find alternative housing.

In removing the abuser or perpetrator from the household, the PHA must follow Federal, State, and local eviction procedures. In order to divide a lease, the PHA may, but is not required to, ask you for documentation or certification of the incidences of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

Moving to Another Unit

Upon your request, the PHA may permit you to move to another unit, subject to the availability of other units, and still keep your assistance. In order to approve a request, the PHA may ask you to provide documentation that you are requesting to move because of an incidence of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. If the request is a request for emergency transfer, the PHA may ask you to submit a written request or fill out a form where you certify that you meet the criteria for an emergency transfer under VAWA. The criteria are:

1. **You are a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.**
If your PHA does not already have documentation that you are a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking, your housing provider may ask you for such documentation, as described in the documentation section below.
2. **You expressly request the emergency transfer.** Your PHA may choose to require that you submit a form, or may accept another written or oral request.
3. **You reasonably believe you are threatened with imminent harm from further violence if you remain in your current unit.** This means you have a reason to fear that if you do not receive a transfer you would suffer violence in the very near future.

OR

You are a victim of sexual assault and the assault occurred on the premises during the 90-calendar-day period before you request a transfer. If you are a victim of sexual assault, then in addition to qualifying for an emergency transfer because you reasonably believe you are threatened with imminent harm from further violence if you remain in your unit, you may qualify for an emergency transfer if the sexual assault occurred on the premises of the property from which you are seeking your transfer, and that assault happened within the 90-calendar-day period before you expressly request the transfer.

The PHA will keep confidential requests for emergency transfers by victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking, and the location of any move by such victims and their families.

The PHA's emergency transfer plan provides further information on emergency transfers, and the PHA must make a copy of its emergency transfer plan available to you if you ask to see it.

Documenting You Are or Have Been a Victim of Domestic Violence, Dating Violence, Sexual Assault or Stalking

The PHA can, but is not required to, ask you to provide documentation to "certify" that you are or have been a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. Such request from the PHA must be in writing, and the PHA must give you at least 14 business days (Saturdays, Sundays, and federal holidays do not count) from the day you receive the request to provide the documentation. The PHA may, but does not have to, extend the deadline for the submission of documentation upon your request.

You can provide one of the following to the PHA as documentation. It is your choice which of the following to submit if HP asks you to provide documentation that you are or have been a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

- A complete HUD-approved certification form given to you by the PHA with this notice, that documents an incident of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. The form will ask for your name, the date, time, and location of the incident of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking, and a description of the incident. The certification form provides for including the name of the abuser or perpetrator if the name of the abuser or perpetrator is known and is safe to provide.
- A record of a Federal, State, tribal, territorial, or local law enforcement agency, court, or administrative agency that documents the incident of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. Examples of such records include police reports, protective orders, and restraining orders, among others.
- A statement, which you must sign, along with the signature of an employee, agent, or volunteer of a victim service provider, an attorney, a medical professional or a mental health professional (collectively, "professional") from whom you sought assistance in addressing domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking, or the effects of abuse, and with the professional selected by you attesting under penalty of perjury that they believe that the incident or incidents of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking are grounds for protection.
- Any other statement or evidence that the PHA has agreed to accept.

If you fail or refuse to provide one of these documents within the 14 business days, the PHA does not have to provide you with the protections contained in this notice.

If the PHA receives conflicting evidence that an incident of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking has been committed (such as certification forms from two or more members of a household each claiming to be a victim and naming one or more of the other petitioning household members as the abuser or perpetrator), the PHA has the right to request that you provide third-party documentation within thirty 30 calendar days in order to resolve the conflict. If you fail or refuse to provide third-party documentation where there is conflicting evidence, the PHA does not have to provide you with the protections contained in this notice.

Confidentiality

The PHA must keep confidential any information you provide related to the exercise of your rights under VAWA, including the fact that you are exercising your rights under VAWA.

The PHA must not allow any individual administering assistance or other services on behalf of the PHA (for example, employees and contractors) to have access to confidential information unless for reasons that specifically call for these individuals to have access to this information under applicable federal, state, or local law.

The PHA must not enter your information into any shared database or disclose your information to any other entity or individual. The PHA, however, may disclose the information provided if:

- You give written permission to the PHA to release the information on a time limited basis.
- The PHA needs to use the information in an eviction or termination proceeding, such as to evict your abuser or perpetrator or terminate your abuser or perpetrator from assistance under this program.
- A law requires the PHA to release the information.

VAWA does not limit the PHA's duty to honor court orders about access to or control of the property. This includes orders issued to protect a victim and orders dividing property among household members in cases where a family breaks up.

Reasons a Tenant Eligible for Occupancy Rights under VAWA May Be Evicted or Assistance May Be Terminated

You can be evicted and your assistance can be terminated for serious or repeated lease violations that are not related to domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking committed against you. However, the PHA cannot hold tenants who have been victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking to a more demanding set of rules than it applies to tenants who have not been victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

The protections described in this notice might not apply, and you could be evicted and your assistance terminated, if the PHA can demonstrate that not evicting you or terminating your assistance would present a real physical danger that:

1. Would occur within an immediate time frame, and
2. Could result in death or serious bodily harm to other tenants or those who work on the property.

If the PHA can demonstrate the above, the PHA should only terminate your assistance or evict you if there are no other actions that could be taken to reduce or eliminate the threat.

Other Laws

VAWA does not replace any Federal, State, or local law that provides greater protection for victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. You may be entitled to additional housing protections for victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking under other Federal laws, as well as under State and local laws.

Non-Compliance with The Requirements of This Notice

You may report your PHA for violations of these rights and seek additional assistance, if needed, by contacting or filing a complaint with **[insert contact information for any intermediary, if applicable]** or **[insert HUD field office]**.

For Additional Information

You may view a copy of HUD's final VAWA rule at: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-11-16/pdf/2016-25888.pdf>.

Additionally, the PHA must make a copy of HUD's VAWA regulations available to you if you ask to see them.

For questions regarding VAWA, please contact **[insert name of program or rental assistance contact information able to answer questions on VAWA]**.

For help regarding an abusive relationship, you may call the National Domestic Violence Hotline at 1-800-799-7233 or, for persons with hearing impairments, 1-800-787-3224 (TTY). You may also contact **[Insert contact information for relevant local organizations]**.

For tenants who are or have been victims of stalking seeking help may visit the National Center for Victims of Crime's Stalking Resource Center at <https://www.victimsofcrime.org/our-programs/stalking-resource-center>.

For help regarding sexual assault, you may contact **[Insert contact information for relevant organizations]**

Victims of stalking seeking help may contact **[Insert contact information for relevant organizations]**.

Attachment: Certification form HUD-5382 **[form approved for this program to be included]**

**EXHIBIT 16-2: CERTIFICATION OF DOMESTIC VIOLENCE, DATING VIOLENCE,
SEXUAL ASSAULT, OR STALKING AND ALTERNATE DOCUMENTATION,
FORM HUD-5382**

**CERTIFICATION OF
DOMESTIC VIOLENCE,
DATING VIOLENCE,
SEXUAL ASSAULT, OR STALKING,
AND ALTERNATE DOCUMENTATION**

**U.S. Department of Housing
and Urban Development**

OMB Approval No. 2577-0286
Exp. 06/30/2017

Purpose of Form: The Violence Against Women Act (“VAWA”) protects applicants, tenants, and program participants in certain HUD programs from being evicted, denied housing assistance, or terminated from housing assistance based on acts of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking against them. Despite the name of this law, VAWA protection is available to victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, and stalking, regardless of sex, gender identity, or sexual orientation.

Use of This Optional Form: If you are seeking VAWA protections from your housing provider, your housing provider may give you a written request that asks you to submit documentation about the incident or incidents of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

In response to this request, you or someone on your behalf may complete this optional form and submit it to your housing provider, or you may submit one of the following types of third-party documentation:

- (1) A document signed by you and an employee, agent, or volunteer of a victim service provider, an attorney, or medical professional, or a mental health professional (collectively, “professional”) from whom you have sought assistance relating to domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking, or the effects of abuse. The document must specify, under penalty of perjury, that the professional believes the incident or incidents of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking occurred and meet the definition of “domestic violence,” “dating violence,” “sexual assault,” or “stalking” in HUD’s regulations at 24 CFR 5.2003.
- (2) A record of a Federal, State, tribal, territorial or local law enforcement agency, court, or administrative agency; or
- (3) At the discretion of the housing provider, a statement or other evidence provided by the applicant or tenant.

Submission of Documentation: The time period to submit documentation is 14 business days from the date that you receive a written request from your housing provider asking that you provide documentation of the occurrence of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. Your housing provider may, but is not required to, extend the time period to submit the documentation, if you request an extension of the time period. If the requested information is not received within 14 business days of when you received the request for the documentation, or any extension of the date provided by your housing provider, your housing provider does not need to grant you any of the VAWA protections. Distribution or issuance of this form does not serve as a written request for certification.

Confidentiality: All information provided to your housing provider concerning the incident(s) of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking shall be kept confidential and such details shall not be entered into any shared database. Employees of your housing provider are not to have access to these details unless to grant or deny VAWA protections to you, and such employees may not disclose this information to any other entity or individual, except to the extent that disclosure is: (i) consented to by you in writing in a time-limited release; (ii) required for use in an eviction proceeding or hearing regarding termination of assistance; or (iii) otherwise required by applicable law.

**TO BE COMPLETED BY OR ON BEHALF OF THE VICTIM OF DOMESTIC VIOLENCE,
DATING VIOLENCE, SEXUAL ASSAULT, OR STALKING**

1. Date the written request is received by victim: _____
2. Name of victim: _____
3. Your name (if different from victim's): _____
4. Name(s) of other family member(s) listed on the lease: _____

5. Residence of victim: _____
6. Name of the accused perpetrator (if known and can be safely disclosed): _____

7. Relationship of the accused perpetrator to the victim: _____
8. Date(s) and times(s) of incident(s) (if known): _____

10. Location of incident(s): _____

In your own words, briefly describe the incident(s):

This is to certify that the information provided on this form is true and correct to the best of my knowledge and recollection, and that the individual named above in Item 2 is or has been a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. I acknowledge that submission of false information could jeopardize program eligibility and could be the basis for denial of admission, termination of assistance, or eviction.

Signature _____ Signed on (Date) _____

Public Reporting Burden: The public reporting burden for this collection of information is estimated to average 1 hour per response. This includes the time for collecting, reviewing, and reporting the data. The information provided is to be used by the housing provider to request certification that the applicant or tenant is a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. The information is subject to the confidentiality requirements of VAWA. This agency may not collect this information, and you are not required to complete this form, unless it displays a currently valid Office of Management and Budget control number.

EXHIBIT 16-3: EMERGENCY TRANSFER PLAN FOR VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE, DATING VIOLENCE, SEXUAL ASSAULT, OR STALKING

Attachment: Certification form HUD-5382

[Insert name of covered housing provider]

**Emergency Transfer Plan for Victims of Domestic Violence, Dating Violence, Sexual
Assault, or Stalking
Public Housing Program**

Emergency Transfers

The PHA is concerned about the safety of its tenants, and such concern extends to tenants who are victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking. In accordance with the Violence Against Women Act (VAWA),³ the PHA allows tenants who are victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking to request an emergency transfer from the tenant's current unit to another unit. The ability to request a transfer is available regardless of sex, gender identity, or sexual orientation.⁴ The ability of the PHA to honor such request for tenants currently receiving assistance, however, may depend upon a preliminary determination that the tenant is or has been a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking, and on whether the PHA has another dwelling unit that is available and is safe to offer the tenant for temporary or more permanent occupancy.

This plan identifies tenants who are eligible for an emergency transfer, the documentation needed to request an emergency transfer, confidentiality protections, how an emergency transfer may occur, and guidance to tenants on safety and security. This plan is based on a model emergency transfer plan published by the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD), the federal agency that oversees that the public housing and housing choice voucher (HCV) programs are in compliance with VAWA.

Eligibility for Emergency Transfers

A tenant who is a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking, as provided in HUD's regulations at 24 CFR part 5, subpart L, is eligible for an emergency transfer, if the tenant reasonably believes that there is a threat of imminent harm from further violence if the tenant remains within the same unit. If the tenant is a victim of sexual assault, the tenant may also be eligible to transfer if the sexual assault occurred on the premises within the 90-calendar-day period preceding a request for an emergency transfer.

³Despite the name of this law, VAWA protection is available to all victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, and stalking, regardless of sex, gender identity, or sexual orientation.

⁴Housing providers cannot discriminate on the basis of any protected characteristic, including race, color, national origin, religion, sex, familial status, disability, or age. HUD-assisted and HUD-insured housing must be made available to all otherwise eligible individuals regardless of actual or perceived sexual orientation, gender identity, or marital status.

A tenant requesting an emergency transfer must expressly request the transfer in accordance with the procedures described in this plan.

Tenants who are not in good standing may still request an emergency transfer if they meet the eligibility requirements in this section.

Emergency Transfer Request Documentation

To request an emergency transfer, the tenant shall notify the PHA's management office and submit a written request for a transfer to **any PHA office**. The PHA will provide reasonable accommodations to this policy for individuals with disabilities. The tenant's written request for an emergency transfer should include either:

1. A statement expressing that the tenant reasonably believes that there is a threat of imminent harm from further violence if the tenant were to remain in the same dwelling unit assisted under the PHA's program; OR
2. A statement that the tenant was a sexual assault victim and that the sexual assault occurred on the premises during the 90-calendar-day period preceding the tenant's request for an emergency transfer.

Confidentiality

The PHA will keep confidential any information that the tenant submits in requesting an emergency transfer, and information about the emergency transfer, unless the tenant gives the PHA written permission to release the information on a time-limited basis, or disclosure of the information is required by law or required for use in an eviction proceeding or hearing regarding termination of assistance from the covered program. This includes keeping confidential the new location of the dwelling unit of the tenant, if one is provided, from the person or persons that committed an act of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking against the tenant. See the Notice of Occupancy Rights under the Violence against Women Act for All Tenants for more information about the PHA's responsibility to maintain the confidentiality of information related to incidents of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

Emergency Transfer Timing and Availability

The PHA cannot guarantee that a transfer request will be approved or how long it will take to process a transfer request. The PHA will, however, act as quickly as possible to move a tenant who is a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking to another unit, subject to availability and safety of a unit. If a tenant reasonably believes a proposed transfer would not be safe, the tenant may request a transfer to a different unit. If a unit is available, the transferred tenant must agree to abide by the terms and conditions that govern occupancy in the unit to which the tenant has been transferred. The PHA may be unable to transfer a tenant to a particular unit if the tenant has not or cannot establish eligibility for that unit.

If the PHA has no safe and available units for which a tenant who needs an emergency transfer is eligible, the PHA will assist the tenant in identifying other housing providers who may have safe and available units to which the tenant could move. At the tenant's request, the PHA will also assist tenants in contacting the local organizations offering assistance to victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking that are attached to this plan.

Emergency Transfers: Public Housing (PH) Program

If you are a public housing resident and request an emergency transfer as described in this plan, the PHA will attempt to assist you in moving to a safe unit quickly. The PHA will make exceptions as required to policies restricting moves.

Emergency transfers for which you are not required to apply for assistance include the following:

- Public housing unit in a different development
- Public housing unit in the same development, if you determine that the unit is safe

At your request, the PHA will refer you to organizations that may be able to further assist you.

You may also request an emergency transfer to the following programs for which you are required to apply for assistance:

- HCV tenant-based program
- HCV project-based assistance
- Other programs administered by the PHA (such as state housing programs)

Emergency transfers will not take priority over waiting list admissions for these types of assistance. At your request, the PHA will refer you to organizations that may be able to further assist you.

Safety and Security of Tenants

Pending processing of the transfer and the actual transfer, if it is approved and occurs, the tenant is urged to take all reasonable precautions to be safe.

Tenants who are or have been victims of domestic violence are encouraged to contact the National Domestic Violence Hotline at 1-800-799-7233, or a local domestic violence shelter, for assistance in creating a safety plan. For persons with hearing impairments, that hotline can be accessed by calling 1-800-787-3224 (TTY).

Tenants who have been victims of sexual assault may call the Rape, Abuse, and Incest National Network's National Sexual Assault Hotline at 1-800-656-HOPE, or visit the online hotline at <https://ohl.rainn.org/online/>.

Tenants who are or have been victims of stalking seeking help may visit the National Center for Victims of Crime's Stalking Resource Center at <https://www.victimsofcrime.org/our-programs/stalking-resource-center>.

Attachment: Local organizations offering assistance to victims of domestic violence, dating violence, sexual assault, or stalking.

**CERTIFICACIÓN DE
VIOLENCIA DOMÉSTICA,
VIOLENCE DE PAREJA,
AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO,
Y DOCUMENTACIÓN ALTERNATIVA**

**Departamento de Vivienda y
Desarrollo Urbano de los EE.UU.**

Núm. de aprobación de OMB 2577-0286
Expira 30/06/2017

Propósito del formulario: La Ley sobre la Violencia contra la Mujer (VAWA, por sus siglas en inglés) protege a los solicitantes, inquilinos y participantes de ciertos programas de HUD de ser desalojados, denegados asistencia de vivienda o la terminación de su asistencia de vivienda por razón de actos de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso en su contra. A pesar del nombre de esta ley, las protecciones de VAWA están disponibles para las víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual y acoso independientemente del sexo, identidad de género u orientación sexual.

Uso de este formulario opcional: Si está solicitando las protecciones proporcionadas por VAWA de su proveedor de vivienda, su proveedor de vivienda puede darle una solicitud por escrito que le pide que presente documentación sobre el incidente o incidentes de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso.

En respuesta a tal petición, usted o alguien en su nombre puede completar este formulario opcional y presentarlo a su proveedor de vivienda, o usted puede presentar uno de los siguientes tipos de documentación de terceros:

- (1) Un documento firmado por usted y un empleado, agente o voluntario de un proveedor de servicios para víctimas, un abogado, o un profesional médico o un profesional de salud mental (colectivamente, "profesional") de quien usted ha solicitado ayuda en relación con el incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, o los efectos del abuso. El documento debe especificar, bajo pena de perjurio, que el profesional cree que el incidente o incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso ocurrió y cumple con la definición de "violencia doméstica", "violencia de pareja", "agresión sexual", o "acoso" en las regulaciones de HUD en 24 CFR 5.2003.
- (2) Un registro de una agencia policial, administrativa o corte federal, estatal tribal, territorial o local; o
- (3) A discreción del proveedor de vivienda, una declaración u otra evidencia proporcionada por el solicitante o inquilino.

Presentación de la documentación: El plazo para presentar la documentación es de 14 días laborables a partir de la fecha que usted recibe una solicitud por escrito de su proveedor de vivienda pidiéndole que presente documentación del incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Su proveedor de vivienda puede, aunque no está obligado, extender el plazo para presentar la documentación, si usted solicita una extensión del plazo. Si la información solicitada no es recibida dentro de 14 días laborables a partir del momento en que recibió la solicitud de dicha documentación, o de la extensión de la fecha proporcionada por su proveedor de vivienda, su proveedor de vivienda no tiene necesidad de proporcionarle ninguna de las protecciones de VAWA. La distribución o expedición de este formulario no constituye una solicitud por escrito de certificación.

Confidencialidad: Toda la información proporcionada a su proveedor de vivienda con respecto al incidente(s) de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso se mantendrá en confidencialidad y tales detalles no se ingresarán en ninguna base de datos compartida. Los empleados de su proveedor de vivienda no deben tener acceso a estos detalles a menos que sea para concederle o

denegarle las protecciones de VAWA, y dichos empleados no podrán revelar esta información a ninguna otra entidad o persona, salvo en la medida en que su divulgación sea: (i) bajo su consentimiento por escrito para divulgación por un tiempo limitado; (ii) requerida para uso en un proceso de desalojo o audiencia relacionada con la terminación de asistencia; o (iii) de algún otro modo exigido por las leyes aplicables.

PARA COMPLETARSE POR O EN NOMBRE DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA DE PAREJA, AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO

1. Fecha en que la víctima recibió la solicitud por escrito: _____
2. Nombre de la víctima: _____
3. Su nombre (si usted no es la víctima): _____
4. Nombre(s) de otro(s) miembro(s) de la familia en el contrato de arrendamiento: _____

5. Residencia de la víctima: _____
6. Nombre del acusado (si se conoce y se puede divulgar con seguridad): _____

7. Relación del acusado con la víctima: _____
8. Fecha(s) y hora(s) del (los) incidente(s) (si las sabe): _____

10. Lugar del (los) incidente(s): _____

En sus propias palabras, describa brevemente el (los) incidente(s):

Esto es para certificar que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta de acuerdo con mi mejor saber y entender, y que la persona mencionada anteriormente en el Número 2 es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Yo reconozco que presentar información falsa podría poner en peligro mi elegibilidad del programa y podría ser la base para denegar la admisión, terminar la asistencia o el desalojo.

Firma _____ Firmado el (Fecha) _____

Carga de divulgación pública: La carga de divulgación pública para recopilar esta información se estima en un promedio de 1 hora por respuesta. Esto incluye el tiempo para recopilar, revisar e informar

los datos. La información proporcionada debe ser utilizada por el proveedor de vivienda para solicitar la certificación de que el solicitante o inquilino es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. La información está sujeta a los requisitos de confidencialidad de VAWA. Esta agencia no puede recopilar esta información, y usted no tiene la obligación de completar este formulario, a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés).

**SOLICITUD DE TRASLADO
DE EMERGENCIA PARA
CIERTAS VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DOMÉSTICA,
VIOLENCIA DE PAREJA,
AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO**

**Departamento de Vivienda y
Desarrollo Urbano de los EE. UU.**

Núm. de aprobación de OMB 2577-0286
Vence 30/06/2017

Propósito del formulario: Si usted es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, y desea un traslado de emergencia, puede usar este formulario para solicitar un traslado de emergencia y certificar que reúne los requisitos de elegibilidad para un traslado de emergencia bajo la Ley sobre la Violencia contra la Mujer (VAWA, por sus siglas en inglés). Aunque el nombre estatutario hace referencia a la mujer, los derechos y protecciones de VAWA se aplican a todas las víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. El uso de este formulario no significa necesariamente que recibirá un traslado de emergencia. Consulte el plan de traslado de emergencia de su proveedor para obtener más información sobre la disponibilidad de traslados de emergencia.

Los requisitos que usted debe reunir son:

(1) Usted es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Si su proveedor de vivienda aún no tiene la documentación que indica que usted es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, su proveedor de vivienda puede solicitarle dicha documentación. En respuesta, usted puede presentar el Formulario HUD-5382, o cualquiera de los otros tipos de documentación enumerados en ese Formulario.

(2) Usted solicita expresamente el traslado de emergencia. Presentar este formulario confirma que usted ha solicitado expresamente un traslado. Su proveedor de vivienda puede optar por exigirle que usted presente este formulario, o puede aceptar otra solicitud escrita u oral. Favor de consultar el plan de traslado de emergencia de su proveedor de vivienda para obtener más detalles.

(3) Usted razonablemente cree que se encuentra en peligro de daño inminente de violencia adicional si permanece en la unidad actual. Esto significa que usted tiene razón para temer que si usted no recibe un traslado puede sufrir violencia en un futuro muy próximo.

O BIEN

Usted ha sido víctima de agresión sexual y la agresión ocurrió en las instalaciones durante un período de 90 días naturales antes de solicitar el traslado. Si usted ha sido víctima de agresión sexual, entonces además de calificar para un traslado de emergencia porque usted razonablemente teme que se encuentra en peligro de daño inminente de violencia adicional si permanece en su unidad, usted puede calificar para un traslado de emergencia si la agresión ocurrió dentro de un período de 90 días naturales antes de usted presentar este formulario o de otro modo solicitar el traslado expresamente.

Presentación de la documentación: Si usted tiene documentación de terceros que demuestra por qué usted es elegible para un traslado de emergencia, usted debe presentar dicha documentación a su proveedor de vivienda si es seguro para usted hacerlo. Los ejemplos de documentación incluyen, pero no se limitan a: una carta o documentación por proveedor de servicios para víctimas, trabajador social, proveedor de asistencia legal, consejero pastoral, proveedor de salud mental u otro profesional a quien ha pedido ayuda; una orden de restricción vigente; una orden judicial reciente u otros expedientes judiciales;

Formulario HUD-5383
(30/06/2017)

un informe o registro policial; registros de comunicación del perpetrador de la violencia o miembros de la familia o amistades del perpetrador de la violencia, incluyendo correos electrónicos, mensajes de voz, mensajes de texto y mensajes en las redes sociales.

Confidencialidad: Toda la información proporcionada a su proveedor de servicio con respecto al (los) incidente(s) de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, y con respecto a su solicitud para un traslado de emergencia deberá mantenerse en confidencialidad. Tales detalles no se ingresarán en ninguna base de datos compartida. Los empleados de su proveedor de vivienda no deben tener acceso a estos detalles a menos que sea para concederle o denegarle las protecciones de VAWA o un traslado de emergencia. Dichos empleados no podrán revelar esta información a ninguna otra entidad o persona, salvo en la medida en que su divulgación sea: (i) bajo su consentimiento por escrito para divulgación por un tiempo limitado; (ii) requerida para uso en un proceso de desalojo o audiencia relacionada con la terminación de asistencia; o (iii) de algún otro modo exigido por las leyes aplicables.

PARA COMPLETARSE POR O EN NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL TRASLADO

1. Nombre de la víctima que solicita el traslado de emergencia: _____

2. Su nombre (si usted no es la víctima): _____

3. Nombre(s) de otro(s) miembro(s) de la familia en el contrato de arrendamiento: _____

4. Nombre(s) de otro(s) miembro(s) de la familia que se trasladarían con la víctima: _____

5. Dirección de la residencia de la cual la víctima desea trasladarse: _____

6. Dirección o número de teléfono para comunicarse con la víctima: _____

7. Nombre del acusado (si se conoce y se puede divulgar con seguridad): _____

8. Relación del acusado con la víctima: _____

9. Fecha(s), Hora(s) y lugar(es) del (los) incidente(s): _____

10. ¿Es la persona que solicita el traslado la víctima de una agresión sexual que ocurrió en los últimos 90 días en las instalaciones de la propiedad de la cual la víctima está solicitando el traslado? Si responde Sí, deje en blanco la pregunta 11. Si responde No, conteste la pregunta 11. _____

11. Describa por qué la víctima cree que está bajo la amenaza de daño inminente de violencia adicional si permanece en la unidad actual.

12. Si se proporciona voluntariamente, enumere cualquier documentación de terceros que esté proporcionando con este aviso:

Esto es para certificar que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta de acuerdo con mi mejor saber y entender, y que la persona mencionada anteriormente en el Número 1 reúne los requisitos establecidos en este formulario para un traslado de emergencia. Yo reconozco que presentar información falsa podría poner en peligro mi elegibilidad del programa y podría ser la base para denegar la admisión, terminar la asistencia o el desalojo.

Firma _____ Firmado el (Fecha) _____



¿ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA DE HUD PARA SU VIVIENDA?

PIENSE EN ESTO...

**¿VALE LA PENA COMETER
FRAUDE?**

Se da usted cuenta....

De que si comete fraude para obtener asistencia para su vivienda por HUD, podrían:

- Desahuciarle de su apartamento o casa.
- Exigirle que reembolse toda la asistencia que le pagaron de más para su alquiler.
- Multarle hasta \$10,000.
- Enviarle a prisión hasta por cinco años
- Prohibirle recibir más asistencia en el futuro.
- Imponerle sanciones del gobierno estatal y local

¿Sabe usted...

Que está cometiendo un fraude si firma una planilla a sabiendas de que está dando información falsa o engañosa?

La información que usted proporciona en las planillas de solicitud y re-certificación de asistencia con la vivienda será verificada. La agencia de vivienda local, HUD o la Oficina del Inspector General, verificarán la información sobre ingresos y bienes que usted proporcione, con otros organismos del gobierno federal, estatal y local, así como con agencias privadas. Es un fraude certificar información falsa.

¡De modo que tenga cuidado!

Cuando usted llena su solicitud y re-certificación anual para recibir asistencia para su vivienda por HUD, asegúrese que sus respuestas a las preguntas sean exactas y honestas. Usted tiene que incluir:

Todas las fuentes de ingresos y cambios en los ingresos recibidos por usted o cualquier miembro de su familia, tales como sueldos, pagos de Bienestar Social, seguro social y beneficios de veteranos, pensiones, jubilación, etc.

Todo el dinero que usted reciba en nombre de sus hijos, como el destinado al mantenimiento de hijos, pagos de AFDC, seguro social para niños, etc.

Cualquier aumento en el ingreso, como sueldos de un nuevo trabajo o un aumento de sueldo o bonificación esperados.

Todos los bienes, como cuentas bancarias, bonos de ahorro, certificados de depósito, acciones, propiedades inmobiliarias, etc., de usted o de cualquier miembro de su familia.

Todo ingreso procedente de bienes, como intereses de cuentas de ahorros y cuentas corrientes, dividendos de acciones, etc.

Cualquier negocio o bienes (como su casa) que haya vendido en los dos últimos años a un precio inferior a su valor total.

Los nombres de todas las personas, adultas o niños, parientes o no parientes, que estén viviendo con usted y que componen su familia.

(Aviso importante para los evacuados como resultado de los huracanes Katrina y Rita:
Los requisitos de HUD en cuanto a la notificación pueden ignorarse o suspenderse temporalmente debido a sus circunstancias. Contacte la agencia local de vivienda antes de llenar la solicitud de asistencia para vivienda).

Haga preguntas

Si no entiende algo en la solicitud o planilla de recertificación, pregunte siempre. Es mejor estar seguro que lamentarse.

¡Cúidese de las trampas con la asistencia para vivienda!

- No le pague dinero a nadie por llenarle sus planillas de solicitud de asistencia y recertificación para vivienda.
- No pague dinero para que le avancen su lugar en una lista de espera.
- No pague por nada que no esté incluido en su contrato de arriendo.
- Pida un recibo por cualquier dinero que pague.
- Pida una explicación por escrito si le exigen pagar por algo que no sea el alquiler (cargos de mantenimiento o de servicios públicos).

Denuncie el fraude

Si usted sabe de alguien que haya proporcionado información falsa en una solicitud de asistencia o re-certificación para vivienda de HUD, o si alguien le dice que le dé información falsa, denuncie a esa persona a la línea directa de la Oficina del Inspector General de HUD. Usted puede llamar a la línea directa de lunes a viernes, entre 10:00 a.m. y 4:30 p.m., hora del Este, al 1-800-347-37353. También puede enviar la información por fax al (202) 708-4829 o por correo electrónico a: Hotline@hudoig.gov . Usted puede escribir a la línea directa a:



HUD OIG Hotline, GFI
451 7th Street, SW
Washington, DC 20410

form HUD-1141
(12/2005)