

La IHFA no ofrece Asistencia con el Alquiler de la Sección 8 en los límites de la ciudad de Pocatello.

Si desea vivir en los límites de la ciudad de Pocatello, usted debe solicitar asistencia con la Autoridad en la Vivienda de Pocatello llamando al (208) 233-6276.

Si vive dentro de la jurisdicción de la IHFA (todos los condados en el sureste de Idaho) al tiempo que solicitó asistencia, usted puede pedir que le transfieran el vale a la Autoridad en la Vivienda de Pocatello cuando llegue al principio de la lista de espera de la IHFA.

**IDAHO HOUSING AND FINANCE ASSOCIATION
AVISO A TODOS LOS SOLICITANTES**

FORMAS ALTERNATIVAS DE COMUNICACIÓN

La IHFA proveerá, cuando se soliciten, formas alternativas de comunicación para las personas con alguna discapacidad visual, auditiva, mental o manual. Algunos ejemplos de formas alternativas de comunicación incluyen, pero no están limitadas a:

- Proveer un intérprete de lenguaje por señas
- Tener a alguien del personal explicar el material oralmente
- Tener a un representante (un amigo, pariente o defensor) para que reciba, interprete y explique los materiales sobre la vivienda y estar presente en las reuniones
- Proveer documentos con letra grande, documentos en Braille, o tener disponible a un lector para un solicitante

que tiene una discapacidad visual durante el proceso de la solicitud.

MODIFICACIONES RAZONABLES PARA LOS SOLICITANTES CON DISCAPACIDADES

La Idaho Housing and Finance Association (IHFA) provee vivienda de alquiler bajo y subvenciones a familias elegibles, incluso a familias con niños, a familias de ancianos, familias con discapacidades y a personas solteras. La IHFA no puede discriminar a solicitantes a causa de raza, religión, sexo, color, origen nacional, edad, discapacidad o estado familiar. Además, la IHFA tiene la obligación legal de proporcionar modificaciones razonables a los solicitantes

que tienen una discapacidad. Una modificación razonable es la modificación de una norma que

Después de que ha sometido su solicitud, la Asociación de Vivienda y Finanzas de Idaho (IHFA) le responderá por escrito dentro de diez días hábiles. Esa carta le informará sobre su elegibilidad preliminar y, si es elegible, de que hemos sometido su solicitud al sistema de la lista de espera y el estimado tiempo de espera que puede esperar hasta que se llegue a su nombre.

Es **su responsabilidad** de notificar a nuestra oficina por escrito si hay algún cambio de dirección. Si no responde a las comunicaciones de IHFA, o si su correo es regresado, lo quitaremos de la lista de espera y tendrá que someter una solicitud de nuevo. Cada vez que nos notifique de algún cambio, le responderemos por escrito dentro de diez (10) días hábiles de que hemos recibido su información actualizada. Si usted no recibe una carta como respuesta de IHFA, es su responsabilidad averiguar sobre el estado de su solicitud. Usted debería de mantener todas las cartas que recibe de IHFA para verificar de que ha sometido información.

Cuando lleguemos a su nombre en la lista de espera, IHFA le enviará una carta pidiéndole que contacte a esta oficina dentro de diez (10) días hábiles. Si no responde dentro de diez (10) días hábiles será removido de la lista de espera y tendrá que someter otra solicitud para obtener asistencia.

La forma suplemental atada a la aplicación es proporcionada para su beneficio y debe ser firmada y devuelta con la aplicación, si es que usted elige proporcionar la información de contacto. Será colocado en su archivo y permanecerá confidencial. Si usted decide no proporcionar la información de contacto, por favor de marcar la caja en el fondo de la forma y firme donde se indica.

Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta sobre su solicitud.

Reglamentaciones Federales prohíben admisión a cualquier persona que esté sujeta a un requisito de inscripción según vida un Estado delinciente sexual programa de registro.

NOSOTROS NO TENEMOS NINGUN TIPO DE ASISTENCIA DE VIVIENDA TEMPORAL O DE EMERGENCIA

PREAPP # _____

APELLIDO _____

IDAHO HOUSING AND FINANCE ASSOCIATION
SOLICITUD PRELIMINAR PARA OBTENER ASISTENCIA CON LA RENTA
(PRELIMINARY APPLICATION FOR RENTAL ASSISTANCE)

Complete en tinta y en letra de molde. Las solicitudes incompletas serán regresadas.

Ayuda completando este documento puede ser provista, si la solicita, a cualquier persona que requiere acomodación especial.

Los programas de Asistencia con la Vivienda de la Sección 8 de la Asociación de Vivienda y Finanzas de Idaho (IHFA) son maneras de ayudarle con los gastos de la renta. Estos programas le pueden ayudar a vivir en un lugar mejor. Los programas de asistencia con la vivienda pagan una parte de su renta mensual.

Usted puede calificar si su ingreso anual bruto no se pasa de la guía de ingresos de HUD.

REGRESE LA SOLICITUD A:

IDAHO HOUSING AND FINANCE ASSOCIATION
1235 Jones St.
Idaho Falls, Idaho 83401
(208) 522-6002 ó llame gratis al (866) 684-3756

PARA EL USO DE IHFA

IHFA Representative _____

Date _____ Time _____

PREFERENCE

- Terminal Family/Eld/Disabled
- No Preference

- OTHER: Mainstream (DFN)
- Mainstream (MRR)
- Family First (Referral only)

Pref. _____

Nombre _____ Teléfono # _____ Correo Electrónico _____

Dirección para el correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Anote en lista Cabeza de hogar y todos los demás miembros que vivirán en la unidad asistida. Anote miembros adicionales en la parte de atrás de este formulario

Primer Nombre, Inicial del 2º Nombre., Apellido	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Discapacitado Si o No	Raza Utiliza los códigos a continuación	Etnicidad Entrar 1-Hispano 0 2-No de origen hispano	Edad	Genero	Número de Seguro Social	Ingreso Anual
	La Cabeza del Hogar								

Codigo de raza: 1-Blanco 2-Negro/Afroamericano 3-Asiatico 4- Hawaiano nativo/Isleno del Pacifico 5- Indio americano o Nativo de Alaska

PREVIA ASISTENCIA CON LA VIVIENDA

¿Ha usted participado en un programa de asistencia con la vivienda o ha sido residente de una Vivienda Pública? Sí No,

Si sí, ¿dónde? _____ Fechas de la residencia: de _____ hasta _____ ¿

Autoridad de la Vivienda _____ Ciudad _____ Estado _____

Bajo qué nombre recibió la asistencia con la renta? _____

¿Ha sido alguna vez expulsado de alguna vivienda pública o en donde ha recibido asistencia con la vivienda? Sí No

Si sí, ¿por qué? _____

HISTORIAL CRIMINAL

¿Hay alguien en su hogar que es un ofensor sexual registrado en Idaho o en cualquier otro estado? Sí No

¿Ha sido usted, o un miembro de su hogar mencionado arriba, arrestado, citado, o convicto de alguna actividad criminal relacionada con drogas?

Sí No Si sí, ¿qué miembro del hogar? _____ ¿Cuál fue el cargo? _____

Cuándo? _____ ¿En dónde? _____

¿Ha sido usted, o un miembro de su hogar mencionado arriba, arrestado, citado, o convicto de alguna actividad criminal violenta? Sí No

Si sí, ¿cuál miembro del hogar? _____ ¿Cuál fue el cargo? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En dónde? _____

SELECCIÓN DE PREFERENCIAS :

Los participantes elegibles son asignados un lugar en la lista de espera basado en su preferencia y en la fecha y la hora en que se recibió la solicitud.

Por favor marque todas las frases que aplican a su situación actual en su hogar:

_____ Un miembro del hogar tiene una enfermedad terminal, que un médico considera que está en las últimas etapas (esto debe ser verificado por un médico cuando se llegue a su nombre en la lista de espera.)

_____ Es un hogar que un niño o más (bajo la edad de 18 años o discapacitado)

_____ Un hogar en donde la cabeza, la co-cabeza o el único miembro del hogar es:

___ De edad avanzada: Una persona que tiene por lo menos 62 años de edad -o-

___ Está discapacitado: Una persona que está discapacitada se define en la Sección 223 del Acta del Seguro Social (42 U.S.C. 423) o la Sección 102(7)(b) de la Asistencia con las Discapacidades del Desarrollo y del Acta de la Declaración de Derechos (42 U.S.C. 6001(7) o en donde se ha determinado que la persona tiene daño físico, mental o emocional y se espera que sea de largo plazo y por duración indefinida; que impide en gran manera la habilidad de vivir independientemente y que es tal su naturaleza que la habilidad de vivir independientemente puede mejorar bajo condiciones de vivienda más convenientes.

_____ Un hogar con un miembro discapacitado que no es anciano (18 años de edad o más, pero menos de 62) que está sin hogar, en riesgo de no tener hogar, hacer la transición fuera de una institución o correr el riesgo de ser institucionalizado (limitado a 14 vales) (debe ser verificado por un proveedor de servicios calificado cuando lleguemos a su nombre en la lista de espera).

_____ Un hogar con un miembro discapacitado que no es anciano (18 años de edad o más, pero menos de 62) que anteriormente experiencia la falta de vivienda y actualmente es un residente en una vivienda de apoyo permanente o en un proyecto de realojo rápida.

_____ Por el momento no califico para ninguna preferencia

Los solicitantes pueden reclamar que califican para una preferencia cuando llenan esta PRE-SOLICITUD o después, hasta que la asociación provee asistencia. Sin embargo, antes de proveer asistencia a un solicitante que reclama una preferencia, la IHFA debe primero verificar de que el solicitante califica para la preferencia que reclamó.

Todas las preferencias requieren verificación. La verificación toma lugar después de que su nombre ha llegado al principio de la lista. Cuando llegamos a su nombre en la lista de espera nosotros le avisaremos de que venga a la oficina y llene la solicitud formal. **ES SU RESPONSABILIDAD DE AVISARLE A LA OFICINA SOBRE CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN, POR ESCRITO. SI NO RESPONDE O SI REGRESAN SU CORREO, SERÁ REMOVIDO DE LA LISTA DE ESPERA Y TENDRÁ QUE SOLICITAR DE NUEVO.**

Yo reclamo que califico para una preferencia como se indica arriba. Certifico que la información dada a la Asociación con respecto a la preferencia, a los ingresos y a la composición del hogar es correcta y completa en lo mejor de mi conocimiento y creencia.

AVISO: la Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. Establece que es un delito hacer declaraciones falsas intencionales o falsa presentación a cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

TODOS los miembros del hogar mayores de 18 años de edad deben firmar.

Firma del Solicitante _____

Fecha _____

Firma del Co-Solicitante _____

Fecha _____

Otros miembros del hogar mayores de 18 años de edad:

Firma _____

Fecha _____

Firma _____

Fecha _____

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarlo a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

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)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.

Si usted necesita ayuda para traducir este documento, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina. Un intérprete puede ser proporcionada sin costo para usted.

Cada miembro de su unidad familiar que tiene 18 años de edad o mayor debe firmar una forma separada. Si usted necesita más de una forma, por favor llame y pida formas adicionales.

Dear Section 8 Applicant/Participant:

Please read the enclosed Notice entitled “**Debts Owed to Public Housing Agencies and Terminations**” provided to Idaho Housing and Finance Association (IHFA) by the Department of Housing and Urban Development (HUD).

This Notice explains how IHFA will report to HUD’s Enterprise Income Verification (EIV) system any adverse information about:

- Voluntarily or involuntarily terminated participants in the Section 8 Housing Choice Voucher (HCV) Program
- Information about debts owed to IHFA by participants

The Notice specifies:

- The information IHFA is required to provide to HUD and who will have access to the information
- How the information will be used
- Your rights to dispute the information and the steps that must be taken to file a dispute

All applicants and participants are required to acknowledge receipt of this notice by signing the attached form(s) on page 2. Each household member who is 18 years of age or older must sign a separate form. If you were not provided a form for each adult in your household, please call and ask for additional forms.

If you have any further questions about the enclosed Notice, please contact your local IHFA branch office at the phone number listed below.



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

DEBTS OWED TO PUBLIC HOUSING AGENCIES AND TERMINATIONS

Paperwork Reduction Notice: Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 7 minutes per response. This includes the time for respondents to read the document and certify, and any recordkeeping burden. This information will be used in the processing of a tenancy. Response to this request for information is required to receive benefits. The agency may not collect this information, and you are not required to complete this form, unless it displays a currently valid OMB control number. The OMB Number is 2577-0266, and expires 10/31/2019.

NOTICE TO APPLICANTS AND PARTICIPANTS OF THE FOLLOWING HUD RENTAL ASSISTANCE PROGRAMS:

Public Housing (24 CFR 960)

Section 8 Housing Choice Voucher, including the Disaster Housing Assistance Program (24 CFR 982)

Section 8 Moderate Rehabilitation (24 CFR 882)

Project-Based Voucher (24 CFR 983)

The U.S. Department of Housing and Urban Development maintains a national repository of debts owed to Public Housing Agencies (PHAs) or Section 8 landlords and adverse information of former participants who have voluntarily or involuntarily terminated participation in one of the above-listed HUD rental assistance programs. This information is maintained within HUD's Enterprise Income Verification (EIV) system, which is used by Public Housing Agencies (PHAs) and their management agents to verify employment and income information of program participants, as well as, to reduce administrative and rental assistance payment errors. The EIV system is designed to assist PHAs and HUD in ensuring that families are eligible to participate in HUD rental assistance programs and determining the correct amount of rental assistance a family is eligible for. All PHAs are required to use this system in accordance with HUD regulations at 24 CFR 5.233.

HUD requires PHAs, which administers the above-listed rental housing programs, to report certain information at the conclusion of your participation in a HUD rental assistance program. This notice provides you with information on what information the PHA is required to provide HUD, who will have access to this information, how this information is used and your rights. PHAs are required to provide this notice to all applicants and program participants and you are required to acknowledge receipt of this notice by signing page 2. Each adult household member must sign this form.

What information about you and your tenancy does HUD collect from the PHA?

The following information is collected about each member of your household (family composition): full name, date of birth, and Social Security Number.

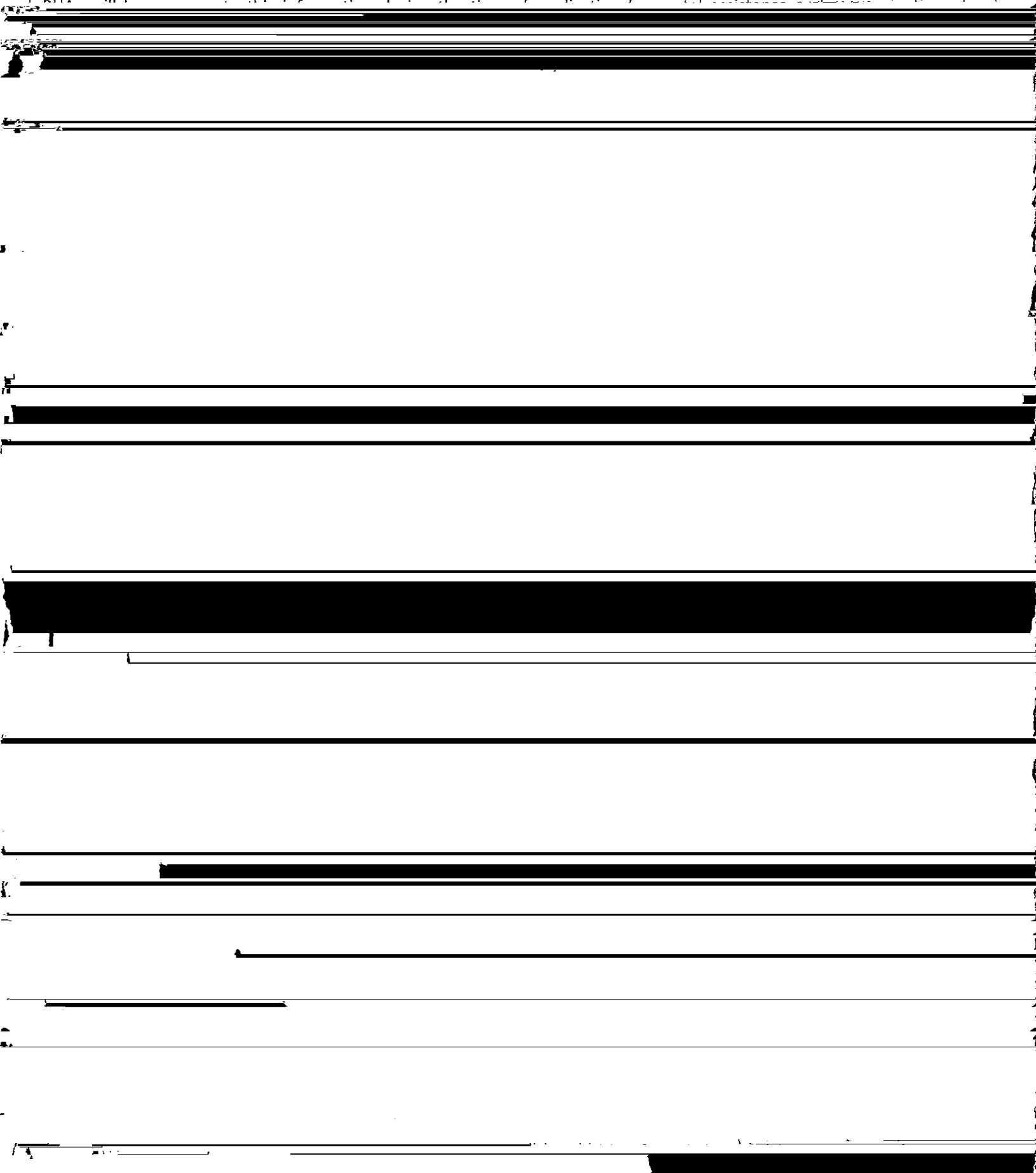
The following adverse information is collected once your participation in the housing program has ended, whether you voluntarily or involuntarily move out of an assisted unit:

1. Amount of any balance you owe the PHA or Section 8 landlord (up to \$500,000) and explanation for balance owed (i.e. unpaid rent, retroactive rent (due to unreported income and/ or change in family composition) or other charges such as damages, utility charges, etc.); and
2. Whether or not you have entered into a repayment agreement for the amount that you owe the PHA; and
3. Whether or not you have defaulted on a repayment agreement; and
4. Whether or not the PHA has obtained a judgment against you; and
5. Whether or not you have filed for bankruptcy; and
6. The negative reason(s) for your end of participation or any negative status (i.e., abandoned unit, fraud, lease violations, criminal activity, etc.) as of the end of participation date.

Who will have access to the information collected?

This information will be available to HUD employees, PHA employees, and contractors of HUD and PHAs.

How will this information be used?



PARA: Todos los Solicitantes de la Sección 8

Regulaciones federales quieren que los solicitantes declaren que:

1. Son ciudadanos estadounidenses; o
2. ~~No son ciudadanos estadounidenses pero tienen estado de inmigración elegible en una de las categorías indicadas abajo.~~

3. Eligen no disputar si tienen estado de inmigración elegible

Estado de Inmigración Elegible

El estado que usted declara puede afectar su elegibilidad y su asistencia financiera si su familia tiene miembros que no son ciudadanos o que no son ciudadanos con estado de inmigración elegible.

En su certificación inicial (la cita para la solicitud formal) toda la documentación indicada abajo debe ser sometida para todos los miembros de la familia. **Para cada adulto**, el formulario debe estar firmado por el adulto. **Para cada niño**, el formulario debe estar firmado por un adulto que reside en la unidad asistida y que es responsable por el niño.