

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 NED

() Family First (Referral only)

Pref. _____

Esta solicitud no le obliga, en ninguna manera, a participar en los programas de asistencia con la vivienda. Los fondos del programa de asistencia con la vivienda son limitados, así que por favor complete esta solicitud y envíela a IHFA tan pronto como le sea posible. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al número indicado arriba.

Nombre _____ Teléfono # _____ Número para Mensajes # _____

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

COMENZANDO CON USTED, ANOTE A CADA PERSONA QUE VIVE O SE ESPERA QUE VIVA EN SU HOGAR
Usted TIENE que anotar los números del seguro social de todos los miembros del hogar

Primer Nombre, Inicial del 2º Nombre., Apellido	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Discapacitado Sí o No	Sexo	Número de Seguro Social	Ingreso Anual
	YO					

¿Estará alguien mudándose dentro o fuera de su hogar dentro de los próximos 12 meses? () Sí () No

¿Está usted actualmente viviendo o está planeando vivir en una unidad que le pertenece a un pariente? () Sí () No

La Cabeza del Hogar es:

1. Raza: () Blanco () Negro/Afro-americoano () Indio americano o Nativo de Alaska () Asiático
 () Hawaiano nativo/Otro isleño del Pacífico

2. Etnicidad: () Hispano () No de origen hispano

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? _____ Autoridad de la Vivienda _____

Ciudad _____ Estado _____

Fechas de la residencia: de _____ hasta _____ ¿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? _____

PREFERENCIAS DE SELECCIÓN:

A los solicitantes elegibles se les asigna una vacante en la lista de espera según su preferencia y la fecha y hora de recepción de la solicitud. Marque todas las preferencias que correspondan a su situación familiar actual:

	Terminal	Un miembro del hogar tiene una enfermedad terminal que un médico considera que se encuentra en su fase final (debe ser verificado por un médico en el momento de llegar a su nombre en la lista de espera).
	Familia	Familias con una (1) o más personas a cargo (Un miembro de la familia [salvo niños y adultos en acogida] que no sea el jefe de familia o del cónyuge, que sea menor de 18 años, o sea una persona discapacitada, o sea estudiante a tiempo completo)
	Personas de la tercera edad	Un hogar donde el jefe o cojefe de hogar o el único miembro tiene al menos 62 años de edad.
	Discapacitado	Quienes tengan una discapacidad según lo definido en la Sección 223 de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. 423) o la Sección 102(7)(b) de la Ley de Asistencia para Personas con Discapacidad del Desarrollo y la Carta de Derechos (42 U.S.C. 6001(7)), o que hayan sido determinados a tener una limitación física, mental o emocional que se espera que sea de duración prolongada e indefinida; que afecta significativamente la capacidad de vivir de forma independiente y que podría mejorar dicha capacidad con condiciones de vivienda más adecuadas.
	Habitual	Un hogar con un miembro discapacitado que no sea de la tercera edad (18 años o más pero menos de 62) (MS)
	NED	Un hogar con un jefe de familia o cojefe discapacitado que no sea de la tercera edad (18 años o más pero menos de 62)
	Sin preferencia	En este momento, no cumple con los requisitos para ninguna preferencia.

Para poder recibir una preferencia para la familia discapacitada habitual que no sea de la tercera edad (DFN) o los vales de reubicación rápida habitual (MRR) que se enumeran a continuación, debe proporcionar una derivación de una agencia aprobada de punto de acceso de entrada coordinado de atención continua (CoC) o Salud y bienestar de Idaho. Si selecciona alguna de las preferencias mencionadas a continuación, le enviaremos un listado de agencias aprobadas para proporcionar referencias. Si cumple con los requisitos para la preferencia y si hay un vale disponible, la agencia le proporcionará el formulario de referencia.

	DFN - Persona sin hogar	Un hogar con un miembro que no sea de la tercera edad (18 años o más pero menos de 62) discapacitado que no tenga hogar, que esté en riesgo de no tenerlo, (número limitado de vales disponibles).
	DFN- Institución	Hogar con un miembro discapacitado que no sea de la tercera edad (18 años o más pero menos de 62) que esté saliendo de una institución o corra el riesgo de ser internado (DFN)
	MRR	Un hogar con un miembro discapacitado que no sea de la tercera edad (de 18 años de edad o más pero menos de 62 años) que anteriormente se quedó sin hogar y actualmente reside en una vivienda de apoyo permanente o en un proyecto de realojamiento rápido (MRR), (número limitado de vales disponibles).

Los solicitantes pueden solicitar el derecho a una preferencia cuando completen esta PREAPLICACIÓN y en cualquier momento posterior hasta que Idaho Housing and Finance Association conceda la ayuda. Sin embargo, antes de otorgar asistencia a un solicitante que reclama una preferencia, IHFA debe verificar primero que el solicitante cumpla con la preferencia reclamada.

Todas las preferencias requerirán verificación. La verificación ocurre después de que su nombre haya llegado al principio de la lista de espera. Cuando lleguemos a su nombre en la lista de espera le avisaremos para que venga y complete la solicitud formal. **ES SU RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A NUESTRA OFICINA CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN, POR ESCRITO. SI NO RESPONDE, O SI NOS DEVUELVEN SU CORREO, SERÁ RETIRADO DE LA LISTA DE ESPERA Y DEBERÁ VOLVER A PRESENTAR LA SOLICITUD.**

ANTECEDENTES PENALES

3-III.B. DENEGACIÓN OBLIGATORIA DE ASISTENCIA [24 CFR 982.553(a) y 24 CFR 982.552(b)(6)]

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) exige a la Idaho Housing and Finance Association (Asociación de Vivienda y Finanzas de Idaho) que deniegue la asistencia en los siguientes casos:

- Cualquier miembro del hogar haya sido condenado alguna vez por actividad delictiva relacionada con drogas por la producción o fabricación de metanfetamina en las instalaciones de una vivienda con asistencia federal.
- Cualquier miembro del hogar esté sujeto al requisito de registro de por vida bajo un programa estatal de registro de delincuentes sexuales.
- Cualquier miembro de la familia no firme y presente los formularios de consentimiento para obtener información.
- La familia no cumpla con las restricciones sobre activos netos y propiedad de bienes inmuebles, según lo estipulado en 24 CFR 5.618.

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. Advertencia: El Título 18 de la Sección 1001 del Código de los Estados Unidos declara que una persona es culpable de un crimen si a sabiendas y por voluntad propia da falso testimonio o un testimonio fraudulento a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos.

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_____