

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 tenga 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 si ellos o algún familiar tiene una discapacidad. Una modificación razonable es la modificación de una norma, una política, procedimiento o servicio que ayudará a los solicitantes elegibles o residentes con una discapacidad para hacer uso efectivo de los programas de la IHFA. Ejemplos de modificaciones razonables incluyen, pero no están limitadas a:

- Tener disponible a un intérprete de lenguaje por señas para un solicitante con una discapacidad auditiva durante la entrevista o en reuniones con el personal de la IHFA;
- Llevar a cabo entrevistas y citas de recertificación por teléfono o visitas en casa
- Proveer extensiones de tiempo para localizar una unidad cuando sea necesario a causa de la falta de disponibilidad de unidades accesibles o retos específicos de la familia en busca de una unidad;

Una familia que tiene un miembro con una discapacidad aún debe ser capaz de cumplir con las obligaciones del arrendamiento. Si usted o un miembro de su familia tiene una discapacidad y cree que puede necesitar o querer una modificación razonable, usted puede pedirla en cualquier momento en el proceso de aplicación o en cualquier momento que usted necesita una modificación.

DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS

Bajo el Título VI del Acta de Derechos Civiles, los beneficiarios de asistencia financiera federal tienen la responsabilidad de asegurar un acceso significativo a los programas y actividades a las personas con dominio limitado del inglés (Limited English Proficiency o LEP).

La IHFA procurará contar con personal bilingüe o acceso a las personas que hablan otros idiomas aparte del inglés para ayudar a las familias que no hablan inglés. A través de los servicios de intérpretes contratados todos los clientes con dominio limitado del inglés recibirán los servicios de un intérprete.

Cuando las personas con dominio limitado del inglés lo deseen, se les permitirá usar, por cuenta propia, un intérprete de su propia elección, en lugar de los servicios de idiomas gratuitos ofrecidos por la IHFA o como complemento de ellos. El intérprete puede ser un familiar o un amigo. Se debe evitar usar a menores de edad como intérpretes. Los servicios de intérprete están disponibles para que la traducción o interpretación no causen ninguna dificultad excesiva o atraso.

La IHFA proporcionará traducciones escritas de documentos vitales para cada grupo elegible lingüístico con dominio limitado del inglés que constituya el cinco (5) por ciento de la población de personas elegibles para recibir servicios. La traducción de otros documentos, si es necesario, se puede proporcionar oralmente utilizando a un intérprete.

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado la información anterior y doy mi consentimiento para una sesión informativa remota o una audiencia / revisión informal. Si no puedo acceder a una reunión de Zoom, entiendo que puedo solicitar una reunión telefónica o en persona.

Firma de la Solicitante /Participante

Fecha

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 delincuente 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
844 Washington Street North, Suite 300
Twin Falls, Idaho 83301
(208) 734-8531 ó llame gratis al (866) 234-3435

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 2° Nombre., Apellido	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Discapacitado Sí o No	Edad	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:

- Raza: () Blanco () Negro/Afro-americano () Indio americano o Nativo de Alaska () Asiático () Hawaiano nativo/Otro isleño del Pacífico
- Etnicidad: () Hispano () No de origen hispano

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? _____

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 cumplo con los requisitos para ninguna preferencia.
<i>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.</i>		
	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.**

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 _____

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. 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.

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 pero que tienen estado de inmigración elegible en una de las categorías indicadas abajo; o
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.

Cuando recibamos la documentación y la determinación final de su estado de inmigración, la asistencia financiera será prorrateada, negada o cancelada, como sea apropiado, después de que todas las apelaciones hayan sido agotadas.

Ciudadano de los EE.UU.: La declaración firmada de su ciudadanía estadounidense es todo lo que se necesita.
No Ciudadano: Si tiene 62 años de edad o mayor, la declaración firmada del estado de inmigración elegible y un documento comprobando la edad serán suficientes.

TODOS los otros No Ciudadanos: tendrán que someter la siguiente evidencia antes de ser aprobado la elegibilidad:

1. La declaración firmada del estado de inmigración elegible y el formulario de consentimiento; **Y**
2. Uno de los siguientes corriente y no vencido documentos original del INS para certificar el estado elegible de inmigración:
 - Form I-551, Tarjeta de Residencia Permanente
 - Form I-94, Record de Entrada-Salida
 - Formulario I-327, Permiso de Reentrada
 - Formulario I-571, Documento para Viajar como Refugiado
 - Formulario I-766, Tarjeta de Autorización para Trabajo
 - Pasaporte vigente de extranjero o visa de inmigrante
 - Certificado de Naturalización
 - Certificado de Ciudadanía
 - I-20 Certificado de Elegibilidad para Estado de Estudiante No inmigrante (F-1) – **POR FAVOR NOTE: Esta categoría de inmigrantes tiene prohibido recibir asistencia de Vales para Elección de Vivienda de acuerdo con las reglamentaciones del HUD. Por favor, póngase en contacto con su oficina local IHFA si tiene alguna pregunta.**
 - DS2019 Certificado de Elegibilidad para Estado visitantes de intercambio (J-1)
 - Otro documento

CATEGORÍAS DEL ESTADO DE INMIGRACIÓN ELEGIBLE

- Admitido legalmente con residencia permanente como un inmigrante, incluso trabajadores agrícolas especiales.
- Si entró a los EE.UU. antes del 1ro. de enero, 1972, y ha mantenido residencia continua desde ese entonces, y no es elegible para la ciudadanía, pero que ha sido encontrado legalmente admitido como residente permanente como el resultado de un ejercicio de discreción por el Ministro de Justicia.
- Legalmente presente en los EE.UU. al recibir asilo (estado de refugiado).
- Legalmente presente en los EE.UU. como el resultado de un ejercicio de discreción por el Ministro de Justicia por razones de emergencia o razones que se consideraron estrictamente en el interés público (estado de libertad condicional).
- Legalmente presente en los EE.UU. porque el Ministro de Justicia ha retenido la deportación (amenaza a la vida o a la libertad).
- Legalmente admitido con residencia temporal o residencia permanente (amnistía otorgada bajo el Acta de Inmigración y Naturalización, Sección 245A).
- Ciudadano de la República de las Islas Marshall, de la República de Palaos y de los Estados Federados de Micronesia.

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 06/30/2026.

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?

PHAs will have access to this information during the time of application for rental assistance and reexamination of family income and composition for existing participants. PHAs will be able to access this information to determine a family's suitability for initial or continued rental assistance, and avoid providing limited Federal housing assistance to families who have previously been unable to comply with HUD program requirements. If the reported information is accurate, a PHA may terminate your current rental assistance and deny your future request for HUD rental assistance, subject to PHA policy.

How long is the debt owed and termination information maintained in EIV?

Debt owed and termination information will be maintained in EIV for a period of up to ten (10) years from the end of participation date or such other period consistent with State Law.

What are my rights?

In accordance with the Federal Privacy Act of 1974, as amended (5 USC 552a) and HUD regulations pertaining to its implementation of the Federal Privacy Act of 1974 (24 CFR Part 16), you have the following rights:

1. To have access to your records maintained by HUD, subject to 24 CFR Part 16.
2. To have an administrative review of HUD's initial denial of your request to have access to your records maintained by HUD.
3. To have incorrect information in your record corrected upon written request.
4. To file an appeal request of an initial adverse determination on correction or amendment of record request within 30 calendar days after the issuance of the written denial.
5. To have your record disclosed to a third party upon receipt of your written and signed request.

What do I do if I dispute the debt or termination information reported about me?

If you disagree with the reported information, you should contact in writing the PHA who has reported this information about you. The PHA's name, address, and telephone numbers are listed on the Debts Owed and Termination Report. You have a right to request and obtain a copy of this report from the PHA. Inform the PHA why you dispute the information and provide any documentation that supports your dispute. HUD's record retention policies at 24 CFR Part 908 and 24 CFR Part 982 provide that the PHA may destroy your records three years from the date your participation in the program ends. To ensure the availability of your records, disputes of the original debt or termination information must be made within three years from the end of participation date; otherwise the debt and termination information will be presumed correct. Only the PHA who reported the adverse information about you can delete or correct your record. Your filing of bankruptcy will not result in the removal of debt owed or termination information from HUD's EIV system. However, if you have included this debt in your bankruptcy filing and/or this debt has been discharged by the bankruptcy court, your record will be updated to include the bankruptcy indicator, when you provide the PHA with documentation of your bankruptcy status.

The PHA will notify you in writing of its action regarding your dispute within 30 days of receiving your written dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record. If the PHA determines that the disputed information is correct, the PHA will provide an explanation as to why the information is correct.

This Notice was provided by the below-listed PHA:

Idaho Housing and Finance Association

**I hereby acknowledge that the PHA provided me with the
*Debts Owed to PHAs & Termination Notice:***

Signature

Date

Printed Name