

EPHA PRE-SOLICITUD PARA VIVIENDA

www.esteshousing.org • 363 E Elkhorn Ave Ste 101 • P.O. Box 1200 • Estes Park, CO 80517 • T 970-591-2535 • EPHA@estes.org

Tenga en cuenta que todos los solicitantes serán evaluados por igual antes de la aceptación final en cualquier programa de Autoridad de Viviendas de Estes Park (EPHA). Esta evaluación incluye antecedentes penales/ civiles, historial crediticio, referencias anteriores de propietarios y ciudadanía.

Una copia de la política de evaluación escrita está disponible a pedido de EPHA. Notifique al personal si necesita ayuda para completar este formulario.

Tengo en cuenta: Cada miembro del hogar debe estar de manera legal y verificable en los Estados Unidos.

LA SOLICITUD NO SERÁ PROCESADA SI ESTÁ INCOMPLETA O NO ESTA FIRMADA.

Cabeza de familia (HOH) Nombre Correo electrónico Número de teléfono

Dirección actual Ciudad Estado Código Postal

Dirección de envío (Si es diferente de la dirección de la calle)

Complete por cada miembro de la familia, incluyendo el jefe de la familia (HOH). Si necesita espacio adicional, escriba al dorso.

Nombre	Fecha de nacimiento	Género M ó F u O (otro)	Discapacidad Si or No	Seguridad Social # / Extranjero #
1. (HOH)				
2.				
3.				
4.				
5.				
6. Fecha probable de nacimiento del hijo no nacido:				

Información BRUTO de ingresos mensuales (antes de todas y cada una de las deducciones):

Cabeza de familia: Salario mensual BRUTO: \$ _____ Lugar de trabajo _____
 Otro Adulto: Salario mensual BRUTO: \$ _____ Lugar de trabajo _____
 Manutención de los hijos \$ _____ Seguridad Social \$ _____ Auto - Empleo \$ _____ Pensión \$ _____ Otro \$ _____

Está tu familia actualmente: ¿Viviendo en el Valle de Estes? **Si / No** ¿Cuánto Tiempo? _____ ¿Trabajando en el Valle de Estes? **Si / No**

¿Tienes un vale de Sección 8? **Si / No** ¿Está usted desplazado debido a un desastre natural proclamado por el gobierno federal? **Si / No**

Tiene mascotas **Si / No** Si es así, ¿Cuántas? _____ ¿Y de qué tipo? _____

Necesidades Especiales: Marque cualquiera de los siguientes, si es necesario:

___ modificada para personas con problemas de visión ___ modificada para personas con discapacidad auditiva ___ Unidad sin escaleras
 ___ Silla de ruedas accesible ___ Dormitorio adicional para ayuda interna / equipo médico (**Necesita aprobación 504 de adaptaciones razonables**)

Opcional: Por favor cierre en círculo: 1. Blanco 2. Negro 3. Indio Americano 4. Asiático 5. Nativo de la Isla del Pacífico 6. Hispano

TAMAÑO DE UNIDAD DESEADA: 1 Habitación 2 Habitaciones 3 Habitaciones

PROPIEDAD: ___ CLEAVE STREET (1 Habitación) ___ FALCON RIDGE (1,2,3 Habitaciones) ___ LONE TREE (1,2,3 Habitaciones)
 ___ TALONS POINTE (2,3 habitaciones) ___ THE PINES (1 Habitación para mayores de 55 años) ___ PEAK VIEW (1,2,3 Habitaciones. (Requiere fuerza laboral)
 ___ GRAND ESTATES (2 Habitaciones. (Requiere fuerza laboral)

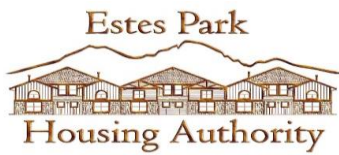
Certificación del solicitante: Certifico que la información anterior sobre la composición del hogar y los ingresos es precisa y completa, a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información o declaraciones falsas es punible según la ley federal, y proporcionar información o declaraciones falsas es motivo para la terminación de la asistencia de la vivienda y la terminación del arrendamiento.

Cabeza de familia (HOH) firma _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DE OFICINA:

Date Received: _____ Reviewed By (initial): _____ Rec'd by: office ___ mail ___ fax ___ email _____





EPHA PRE-SOLICITUD PARA VIVIENDA

POR FAVOR LEA E INICIE QUE ENTIENDE CADA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN:

_____ Entiendo que mi nombre se incluirá en la lista de espera de la Autoridad de Vivienda de Estes Park. Los contactos se harán por correo postal primera clase, correo electrónico o mensaje de texto a la información de contacto en esta aplicación una vez que mi nombre se acerque a la parte superior de la lista de espera. Cuando me contacten, toda la información sobre mi hogar se verificará durante un proceso de selección. (Para obtener más información sobre las calificaciones de ingresos o los requisitos de la fuerza laboral, llame a EPHA o envíe un correo electrónico a epha@estes.org)

_____ Entiendo que tendré que declarar la elegibilidad de ciudadanía o el estado migratorio de todos los miembros del hogar en la hora de la evaluación. TODOS los miembros adultos del hogar requerirán una verificación de antecedentes penales y de crédito en el momento de la evaluación.

_____ Entiendo que muchas de las propiedades de Estes Park son ubicaciones "sin mascotas". Si tengo mascotas o planeo tenerlas, debo comunicarme con el administrador de la propiedad lo antes posible y durante el proceso de evaluación.

_____ Entiendo que EPHA tiene una política libre de humo que prohíbe fumar de cualquier sustancia dentro de los veinticinco pies de cualquier edificio. También entiendo que la ley federal considera que la marihuana es una sustancia ilegal y no está permitida en ninguna propiedad operada o de posesión de EPHA.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad informar a EPHA de cualquier cambio de ingresos, situación laboral, dirección o composición familiar. Además, un proceso de recertificación anual será obligatorio en función de los requisitos de su lugar de residencia. (ingresos y/o estado de empleo)

_____ Entiendo que se puede enviar una carta de "purga" a la dirección de correo postal proporcionada en esta solicitud utilizando la actualización más reciente. Debo responder a toda la correspondencia de EPHA dentro del tiempo especificado o mi nombre será eliminado de la lista de espera.

_____ Entiendo que, en un esfuerzo por atender primero a los residentes locales, EPHA tiene preferencia por atender a los solicitantes que viven y/o trabajan en el valle de Estes.

¿Está algún miembro del hogar sujeto al registro estatal de delincuentes sexuales de por vida en algún estado? **Si No**

En caso afirmativo, ¿Qué # del miembro del hogar y en qué estado están registrados? _____

¿Enumere los estados en los que han residido los miembros del hogar? _____

¿Algún miembro del hogar que tenga 62 años o más al 01/31/2010 que no posea un número de Seguro social? **Si No**

Si es así, ¿qué número del miembro del hogar? _____

Entiendo y acepto la información anterior y mis responsabilidades como solicitante. Verifico que toda la información es verdadera y precisa a la fecha de a continuación:

Cabeza de familia (HOH) nombre impreso

Fecha

Cabeza de familia (HOH) Firma

Attached HUD-92006 Form