



## **INSTRUCCIONES: LEA CON DETENIMIENTO. Las solicitudes incompletas se devolverán.**

### **1. COMPLETE TODAS LAS ÁREAS.**

Si algún punto no se aplica a su caso, responda "NO" en la pregunta correspondiente o coloque un "0" si es una línea o sección de monto en dólares.

- a) Todos los miembros del hogar con 18 años de edad o más deben informar las fuentes de sus ingresos.
- b) Deben informarse también todos los activos e ingresos no devengados de todos los miembros de edad, incluidos los menores.

2. Necesitamos copias de las Tarjetas del Seguro Social de todos los miembros de la hogar. El gobierno exige a todos los solicitantes, a excepción de aquellos que no son ciudadanos estadounidenses y quienes no prueben su condición de inmigrantes elegibles, que envíen una copia de su tarjeta del seguro social junto con la solicitud de vivienda adjunta. Esto incluye miembros en cuidado tutelar y cuidadores que vivan en el hogar. Si no cuenta con una tarjeta del seguro social, podemos aceptar uno de los siguientes documentos, siempre y cuando su número de seguridad social figure en el documento.

**Licencia de conducir, tarjeta del Medicare/Medicaid, tarjeta de seguro médico, extracto de cuenta, carta de beneficios por retiro o carta de beneficios de una agencia gubernamental.**

Si no puede brindarnos ninguno de los documentos antes mencionados y no es un extranjero que carezca de la condición de elegibilidad, antes de que aceptemos su solicitud de vivienda, deberá certificar que solicitó una nueva tarjeta a la Oficina del Seguro Social. Si al 31 de enero de 2010, usted tenía 62 años o más y vivía en una vivienda subsidiada por el HUD, podría no necesitar un número de seguridad social.

Nota: Un niño menor a 6 años que se encuentra bajo tutela temporal y es añadido al hogar del solicitante dentro de los últimos 6 meses antes de la mudanza será elegible para una extensión de 90 días para proporcionar su número de seguro social.

3. **Prueba de ciudadanía estadounidense** El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos solo brindará subsidio en las comunidades de la Sección 8, el Suplemento de renta, el Programa de asistencia para la renta o la Sección 236 para miembros del hogar que sean ciudadanos estadounidenses, nativos o pertenezcan a ciertas categorías de extranjeros elegibles. Si presenta su solicitud para uno de estos tipos de comunidades, CADA miembro de la familia debe completar el Anexo 3-5, Ejemplo de declaración de ciudadanía, y adjuntarlo a la documentación.

4. **Se requieren las FIRMAS** de todos los miembros adultos del hogar de 18 años de edad o más, o de un jefe conjunto.

5. **Envíe su solicitud a** \_\_\_\_\_ :

**Colt Block Apartments  
2119 Main Street  
Niagara Falls, NY 14464  
(716) 282-8614**

**Servicio de retransmisión de incapacidad total temporal (711) para personas con limitaciones auditivas**

**NOTA:** SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN PARA AQUELLOS INQUILINOS DISCAPACITADOS QUE NECESITEN UN ANIMAL DE SERVICIO. LA PRESENCIA DE CUALQUIER ANIMAL DEBE ESTAR APROBADA ANTES DE ALBERGAR AL ANIMAL EN LA UNIDAD.

**Su solicitud ha sido devuelta porque:**

- **Usted no completó todas las áreas o no firmó la solicitud.**
- **No proporcionó las tarjetas del seguro social requeridas a todos los miembros del hogar.**
- **Anexo 3-5: No completó o firmó el Ejemplo de declaración de ciudadanía como se le instruyó arriba.**

**Si quiere que lo consideren para la vivienda, regrese su solicitud junto con la información que falta.**

*De acuerdo con la ley de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del HUD, este último, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen en o administren los programas del HUD tienen prohibido discriminar en base a la raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género (incluyendo la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, condición familiar o de paternidad, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o bien por retaliación o represalia como consecuencia de actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el HUD (no todas las bases se aplican a todos los programas). Las fechas límite para las medidas compensatorias y presentaciones de reclamos varían según el programa o incidente.*

*Si desea presentar un reclamo por discriminación del programa de Derechos Civiles, comuníquese con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos, 451 7th Street S.W., Washington, DC 20410 - Teléfono: (800) 669-9777 - Teléfono para sordomudos: (800) 927-9275. También puede completar el formulario de reclamo por discriminación del Programa del HUD, el cual se encuentra en línea en [https://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/program\\_offices/fair\\_housing\\_equal\\_opp/online-complaint](https://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/program_offices/fair_housing_equal_opp/online-complaint) o comunicarse con cualquier oficina local del HUD.*

# SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA

Fecha de recepción	_____
Hora de recepción:	_____
Ingreso Estimado	_____
Nivel de ingreso	_____
Número de ID de vivienda	_____

- Si la información proporcionada por, o acerca de, cualquier solicitante, cualquiera sea la fuente, en cualquier momento durante el proceso de evaluación revela información negativa en relación a la capacidad del solicitante de cumplir con las obligaciones del alquiler, la información se investigará como parte del proceso de evaluación de selección del inquilino y se preguntará a dicho solicitante como parte de la política de aplicación uniforme que alcanza a todos los solicitantes.
- Todos los solicitantes deben ser capaces de cumplir con las obligaciones básicas del alquiler; deben poder pagar la renta, cuidar del apartamento, informar los datos requeridos a Baldwin Real Estate Corp., evitar molestar a los vecinos, etc., pero no existe requerimiento alguno de que sean capaces de hacerlo sin asistencia.
- Baldwin Real Estate Corp. es una compañía de gestión que proporciona viviendas asequibles a los hogares elegibles, hogares de personas de la tercera edad y personas solas. A Baldwin Real Estate Corp. se le prohíbe discriminar a los solicitantes en base a su raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluyendo la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, condición familiar o de paternidad, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o bien por retaliación o represalias por actividades previas de derechos civiles. Además, Baldwin Real Estate Corp. tiene la obligación legal de brindar "alojamiento razonable" a los solicitantes en caso de que ellos o cualquier miembro de su hogar sufra de una discapacidad.
- Por alojamiento razonable se entiende alguna modificación o cambio que Baldwin Real Estate Corp. puede hacer en sus apartamentos o procedimientos que ayudará a asistir a un solicitante que de otro modo es elegible con su discapacidad, a fin de que este último aproveche los programas del gobierno.
- Si usted o un miembro de su hogar tiene una discapacidad y piensa que podría necesitar o desear un alojamiento razonable, o califica para un ajuste de discapacidad para el ingreso según el Programa de la Sección 8 del Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos o cualquier otro ajuste para el que usted sea elegible, puede solicitarlo en cualquier momento del proceso de solicitud o después de la admisión. Si prefiere no discutir su situación con la compañía de gestión, es su derecho no hacerlo.

**\*\*\*Las comunidades federales de viviendas para personas de la tercera edad se encuentran exentas de alquilar a familias que no pertenezcan a este grupo etario y tengan hijos.\*\*\***

**\*\*\*Tenga en cuenta que si usted es un estudiante de tiempo completo o medio tiempo, podría no ser elegible para recibir asistencia para la renta y/u ocupar una de estas viviendas.\*\*\***

## Información del hogar

**Resumen de la familia: Enumere a todas las personas que vivirán con usted en el apartamento. Coloque al jefe del hogar en primer lugar. El jefe del hogar debe tener 18 años de edad o más.**

Nombres completos Primer nombre, segundo nombre y apellido	Relación con el jefe del hogar	Fecha de nacimiento	Edad	Número del seguro social	Sexo M/F	Estudiante a tiempo completo o medio tiempo (TC o MT)	Raza** 1,2,3,4,5 (vea los códigos abajo)	Etnia H o NH (vea los códigos abajo)

Si no tiene número de seguro social, dice estar exento por:

\_\_\_\_\_ ser un extranjero no elegible

\_\_\_\_\_ tener 62 años Y recibir asistencia para la vivienda del HUD al 31 de enero de 2010 (si dice estar exento por este motivo, deberá presentar evidencias que prueben que recibía asistencia del HUD en dicha fecha, por ejemplo, una copia de un Formulario 50058 o 50059 del HUD firmado.

**Raza:** 1. Indoamericano o alasqueño nativo 2. Asiático 3. Negro o afroamericano 4. Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico 5. Blanco

**Etnia:** Hispano o latino (H) / No hispano o latino (NH)

**Nota:** La información al respecto de la raza, etnia e identificación de género requerida en esta solicitud se pide a fin de asegurar al Gobierno Federal el cumplimiento de las leyes federales que prohíben la discriminación contra solicitudes de inquilino por su raza, color, nacionalidad, religión, sexo, condición de familia, edad y discapacidad. Usted no se encuentra obligado a proporcionar esta información, pero lo animamos a hacerlo. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni discriminarlo de forma alguna.

Correo electrónico actual:		Número de teléfono del hogar:	
		Número de teléfono celular:	
		Número de teléfono alternativo:	
		Correo electrónico	

¿Para qué tamaño de departamento presenta la solicitud?  0DORM  1DORM  2DORM  3DORM  4DORM

## Información del solicitante

- SÍ  NO 1. ¿Necesita una unidad libre de barreras?
- SÍ  NO 2. ¿Necesita alguna modificación en el apartamento? Explicación \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 3. ¿Cree que califica como hogar de personas de la tercera edad? (62 años o más, o discapacitados, sin importar la edad.)
- SÍ  NO 4. ¿Espera alguna adición al hogar dentro de los próximos doce meses?  
Explicación: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 5. ¿Alguna de las personas que vive con usted actualmente no vivirá en esta propiedad?  
Nombre y relación: \_\_\_\_\_  
Explicación: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 6. ¿Tiene la custodia plena de su(s) hijo(s)? (Obtenga una prueba de la cantidad de tiempo que su(s) hijo(s) vivirán con usted en la unidad.) Explicación: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 7. ¿Hay algún miembro de su hogar ausente que en condiciones normales viviría con usted?  
(Por ejemplo, un cónyuge en el servicio militar.) Explicación: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 8. ¿Su hogar tiene o planea tener alguna mascota además de las que se usan como animales de servicio?  
Especifique el tipo de mascota: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 9. ¿Algún miembro del hogar es un veterano del Servicio Militar de los Estados Unidos? Si su respuesta es sí, por favor identifíquelo. \_\_\_\_\_

## Información previa del hogar

- SÍ  NO 1. ¿Actualmente vive en una vivienda subsidiada?
- SÍ  NO 2. ¿Cuenta con un cupón de Sección 8 o un cupón de cualquier otro tipo de asistencia para la vivienda?
- SÍ  NO 3. ¿Alguna vez recibió una Notificación de desalojo o un arrendador previo le pidió que deje la unidad?
- SÍ  NO 4. ¿Alguna vez un arrendador previo le envió una notificación por violación del alquiler?
- SÍ  NO 5. ¿Alguna vez lo desalojaron?
- SÍ  NO 6. ¿Alguna vez desalojaron a un miembro de su hogar de una vivienda con asistencia federal por actividades relacionadas con las drogas?
- SÍ  NO 7. ¿Algún miembro del hogar es un veterano del Servicio Militar de los Estados Unidos? Si su respuesta es sí, por favor identifíquelo. \_\_\_\_\_

*Si marcó "SÍ" en alguno de los recuadros de arriba, explique las circunstancias en la página de papel adjunta e identifique tanto la propiedad como el arrendador.*

## Condición del solicitante

Las preguntas siguientes corresponden a los requerimientos de elegibilidad específicos:

- SÍ  NO 1. ¿Usted o algún miembro ADULTO de su hogar dice no tener ningún ingreso?  
Miembro del hogar: \_\_\_\_\_  
Explicación: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 2. ¿Usted o alguno de los miembros ADULTOS de su hogar le requerirá un cuidador que vive en su casa que se viva de manera independiente?  
Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_  
Relación (si hay alguna): \_\_\_\_\_

SÍ  NO

3. ¿Su hogar es elegible para alguna preferencia de vivienda?

Identifique su preferencia:

\_\_\_\_\_ Desplazamiento por desastre natural

\_\_\_\_\_ Desplazamiento por acción pública

SÍ  NO

4. ¿Su hogar está compuesto en su totalidad por **TODOS** estudiantes de tiempo completo?

SÍ  NO

5. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar (INCLUIDOS LOS MENORES) es actualmente un estudiante a tiempo completo o medio tiempo o espera serlo en los próximos 12 meses?

Enumere a los miembro del hogar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Divulgación de antecedentes penales

SÍ  NO

1. ¿Alguno de los miembros de su hogar ha sido condenado alguna vez por un delito relacionado con el sexo o se encuentra sujeto a un registro de por vida en un programa de registro de delincuentes sexuales en el Estado? Enumere todos los estados en los que alguna vez haya vivido, además del estado donde vive actualmente. \_\_\_\_\_

SÍ  NO

2. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fue condenado(a) alguna vez por un delito grave?

SÍ  NO

3. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fue condenado(a) por vender o fabricar drogas ilegales? Explicación: \_\_\_\_\_

SÍ  NO

4. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fue condenado(a) alguna vez por daños a una propiedad?

Explicación: \_\_\_\_\_

SÍ  NO

5. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fue condenada alguna vez por entrar en gorma ilegal a una propiedad?

Explicación: \_\_\_\_\_

### Referencias de vivienda

Enumere los últimos **CINCO** años de referencias de vivienda. (Si requiere espacio adicional, utilice una hoja de papel separada)

Información actual del arrendador

Su dirección de alquiler

¿Era de su propiedad o alquilada? ¿Fechas de residencia?

Nombre: \_\_\_\_\_

Propia \_\_\_\_\_ Desde

Dirección: \_\_\_\_\_

Alquilada \_\_\_\_\_ a

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Continuación de las referencias de vivienda

Información previa del arrendador      Su dirección de alquiler      ¿Era de su propiedad o alquilada?      ¿Fechas de residencia?

Nombre: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_       Propia      \_\_\_\_\_ Desde

Dirección: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_       Alquilada      \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Información previa del arrendador      Su dirección de alquiler      ¿Era de su propiedad o alquilada?      ¿Fechas de residencia?

Nombre: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_       Propia      \_\_\_\_\_ Desde

Dirección: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_       Alquilada      \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Información previa del arrendador      Su dirección de alquiler      ¿Era de su propiedad o alquilada?      ¿Fechas de residencia?

Nombre: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_       Propia      \_\_\_\_\_ Desde

Dirección: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_       Alquilada      \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Identificación de vehículos

Enumere la información sobre vehículos para todos los vehículos que pertenezcan a, o sean operados por, un miembro de su hogar.

	Placa/Chapa de licencia #	Estado que la emitió	Marca/Modelo/Año
Vehículo #1	_____	_____	_____
Vehículo #2	_____	_____	_____

## Contacto de emergencia

Coloque el nombre de alguien en el área que no figure en la solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Años de relación \_\_\_\_\_

## Información de ingresos

Se tomarán en cuenta los ingresos de aquellos individuos de 18 años de edad o más (a menos que se trate de menores legalmente emancipados). Sin embargo, si se trata de un ingreso no devengado, como un subsidio o beneficio, el mismo se tomará en cuenta para todos los miembros del hogar, incluyendo los menores de edad (como en el caso de la Seguridad de Ingreso Complementario (SSI)).

**¿USTED o ALGÚN miembro de su hogar recibe O espera recibir ingresos por los motivos indicados a continuación?**

**Incluya todos los ingresos que recibirá en los próximos 12 meses, incluyendo los pagos periódicos - Debe responder a todos los casos).**

- SÍ    NO   1. Sueldos o salarios por empleo. *(Ingreso bruto antes de impuestos y otras deducciones. Incluya las horas extras, propinas, bonificaciones, comisiones y pagos recibidos en efectivo).*

Miembro del hogar	Nombre de la compañía	Monto

- SÍ    NO   2. Trabajo por cuenta propia *(incluya las horas extras, propinas, bonificaciones, comisiones y pagos recibidos en efectivo).*

Miembro del hogar	Tipo de negocio	Monto

- SÍ    NO   3. Seguridad Social, SSI o cualquier otro pago de la Administración de Seguridad Social (SSA). *(Este es el monto bruto mensual antes de cualquier deducción del seguro médico o cualquier otra deducción)*

*NOTA: SI RECIBE BENEFICIOS DE TITULARIDAD DOBLE, ENUMERE LOS NÚMEROS DE RECLAMO DE BENEFICIOS*

Miembro del hogar	Oficina de SSA	Monto

- SÍ    NO   4. Programa suplementario estatal de la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad (OTDA) del Estado de Nueva York (NYS). (Monto estatal que recibe con su pago de SSI cada mes)

Miembro del hogar	Oficina	Monto

- SÍ    NO   5. Pago regular como miembro de las Fuerzas Armadas/Milicias.

Miembro del hogar	Nombre de la base y rama	Monto

- SÍ    NO   6. Beneficios por desempleo o indemnización por accidentes de trabajo. *(Montos brutos semanales antes de cualquier deducción)*

Miembro del hogar	Trabajador social	Monto

## Información de ingresos continuada

SÍ  NO

7. Asistencia pública, reparación global, Ayuda para Familias con Hijos Dependientes (AFDC) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). (No incluya los cupones para alimentos)

Miembro del hogar	Trabajador social y No. de caso	Monto

SÍ  NO

8. Pagos regulares o periódicos de un beneficio de veterano, pensión, beneficio de retiro o rentas anuales.

Miembro del hogar	Miembro del hogar Cuenta/Fuente	Monto

SÍ  NO

9. a) Manutención infantil o pensión alimentaria.

*(Debemos considerar la manutención por orden de un tribunal, ya sea que sea recibida o no, a menos que se hayan iniciado acciones legales para remediar la situación. También debemos tomar en cuenta la manutención que no haya sido ordenada por un tribunal, pero que sea recibida directamente del pagador.)*

Miembro del hogar	Trabajador social	Monto

b) ¿Cómo se recibe la manutención infantil? (Marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Agencia de Cumplimiento de Manutención Infantil	Nombre de la agencia:	
<input type="checkbox"/>	Tribunal de justicia	Nombre del tribunal:	
<input type="checkbox"/>	Directamente de una persona	Nombre de la persona:	
<input type="checkbox"/>	Otro	Explique:	

SÍ  NO

c) Si un tribunal ordenó la manutención/pensión alimenticia pero en realidad no la recibe, ¿iniciará un proceso legal para remediar la situación?

Explicación: \_\_\_\_\_

SÍ  NO

10. Pagos regulares de un paquete de indemnización

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

SÍ  NO

11. Pagos regulares de cualquier tipo de liquidación (por ejemplo, la de un seguro).

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

SÍ  NO

12. Pagos regulares, donaciones o pagos de cualquier persona fuera del hogar (esto incluye a cualquier persona que complemente su ingreso o pague cualquiera de sus cuentas, lo que abarca contribuciones en efectivo o pagos directos de los miembros de la familia o amigos, etc.).

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

## Información de ingresos continuada

SÍ  NO

13. Pagos regulares por ganancia de loterías o herencias.

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

SÍ  NO

14. Pagos regulares de propiedades alquiladas u otros tipos de transacciones de bienes inmuebles.

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

SÍ  NO

15. Ayuda económica estudiantil o subsidios de cualquier fuente gubernamental pública o privada.  
(*Debemos considerar la ayuda económica estudiantil sin incluir los préstamos, para ciertos hogares que reciben la asistencia de la Sección 8.*)

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

SÍ  NO

16. Cualquier otra fuente de ingreso que no figura en la lista.

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

SÍ  NO

17. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar espera que haya algún cambio en su ingreso en los próximos 12 meses?

Explicación: \_\_\_\_\_

## Información de servicios públicos

Podría no vivir en la unidad a menos que pueda conectar los servicios públicos en la unidad a su nombre.

SÍ  NO

1. ¿Tiene alguna factura impaga o saldos pendientes de pago con algún proveedor de servicios públicos?

SÍ  NO

2. ¿Podrá instalar servicios públicos en su unidad?

SÍ  NO

3. ¿Recibe alguna asistencia para pagar sus facturas de servicios públicos?

SÍ  NO

4. ¿Esta asistencia se proporciona bajo el Programa de Asistencia para el Consumo de Energía en Hogares de Bajos Ingresos (HEAP)?

Si no, el monto mensual que recibe en concepto de ayuda para sus facturas de servicios públicos.

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto



## Información de activos

Se contabilizan los activos de todos los miembros del hogar, incluyendo a los menores de 18 años. Incluya todos los activos que tenga y el ingreso derivado de los mismos (si es necesario, adjunte tantas páginas adicionales como sea necesario).

**¿USTED o ALGUNO de los miembros de su hogar tiene alguno de los siguientes activos: (debe responder a todos los casos)**

SÍ  NO 1. Caja de ahorros. *(Esto incluye una tarjeta de débito directo expreso de beneficio emitida por el seguro social, las leyes de manutención infantil, la asistencia pública, etc.)*

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

SÍ  NO 2. Cuenta corriente.

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

SÍ  NO 3. Certificados de depósito, cuentas a plazo fijo, bonos de ahorro o letras del tesoro.

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

SÍ  NO 4. Acciones, bonos o títulos.

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

SÍ  NO 5. Fondos fiduciarios. *(Incluyendo cuentas de entierro)*

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

SÍ  NO 6. Pensiones, cuentas de retiro individual, 401(k), Keogh u otras cuentas de retiro.

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

SÍ  NO 7. Seguro de vida entera o una póliza de seguro de vida. *(No incluya seguros de vida a término)*

Miembro del hogar	Agente de seguros	Monto

## Información de activos continuada

- SÍ  NO 8. Bienes inmuebles, propiedades alquiladas, contratos por tierras o títulos, u otras participaciones de inmuebles *(esto incluye su residencia personal, casas rodantes, terrenos desocupados, campos, casas de uso vacacional o propiedades comerciales).*

Miembro del hogar	Dirección de la propiedad	Monto

- SÍ  NO 9. Propiedad personal mantenidas como una inversión *(esto incluye pinturas, colecciones de monedas o estampillas, obras de arte, autos de colección o exhibición y antigüedades. Esto no incluye sus pertenencias personales, como su auto, muebles o prendas de vestir.)*

Miembro del hogar	Descripción de la propiedad	Monto

- SÍ  NO 10. Caja de seguridad.

Miembro del hogar	Institución financiera	Descripción/ Monto

- SÍ  NO 11. ¿Vendió o se deshizo de algún activo valuado en más de \$1,000 en los últimos dos años?

Si su respuesta es sí, detalle el tipo de activo (por ejemplo, dinero/terreno/casa) \_\_\_\_\_

Valor de mercado al momento en que lo vendió o se deshizo de él \$ \_\_\_\_\_ Monto por el que lo vendió o se deshizo de él \$ \_\_\_\_\_

Fecha de la transacción \_\_\_\_\_

## Gastos de cuidado infantil

### Complete esta sección con la información de niños de 12 años o menos

Costo mensual que paga por cuidado infantil \$ \_\_\_\_\_

Nombre/Dirección/Teléfono de la persona/agencia que cuida de los niños: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere los nombres de los niños que se encuentran en cuidado infantil: \_\_\_\_\_

## Información de gastos (solo hogares de personas de la tercera edad y discapacitados)

### Monto mensual

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Seguro médico	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Cuentas médicas o de hospital	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Prescripciones, etc.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Medicaid o Medicaid Spenddown	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Asistencia para inválidos	

## Cláusula de firma

Comprendo que la gestión confía en esta información para probar la elegibilidad de mi hogar para uno o más de los siguientes programas: Vivienda de Desarrollo Rural del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos o el Programa de Crédito para la Vivienda. Certifico que toda la información y las respuestas a las preguntas de arriba son veraces y completas según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para la divulgación de la información necesaria a fin de determinar mi elegibilidad. Entiendo que proporcionar información falsa, o hacer declaraciones contrarias a la verdad, podría constituir un motivo para el rechazo de mi solicitud. También comprendo que tales acciones podrían resultar en sanciones penales.

Autorizo a la gestión a verificar la información contenida en esta solicitud para los fines de corroborar mi elegibilidad para la ocupación. Proporcionaré toda la información necesaria, incluyendo los nombres, direcciones, números de teléfono y números de cuenta fuentes, según corresponda, así como también cualquier información necesaria para agilizar este proceso. Entiendo que mi ocupación depende del cumplimiento de los criterios de selección de residentes que realiza la gestión y los requerimientos específicos del programa de viviendas para esta comunidad.

Entiendo o entendemos que **Colt Block Apartments** realizará una verificación de crédito, antecedentes penales y referencias de arrendadores a fin de determinar la elegibilidad para la residencia. Las verificaciones de crédito, antecedentes penales y referencias de arrendadores se llevarán a cabo para todos los solicitantes de 18 años o más.

**Todos los miembros ADULTOS del hogar (de 18 años o más) deben firmar a continuación:**

\_\_\_\_\_  
Firma del jefe del hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro miembro del hogar de 18 años de edad o más

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro miembro del hogar de 18 años de edad o más

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro miembro del hogar de 18 años de edad o más

\_\_\_\_\_  
Fecha

El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos dice que una persona es culpable de un delito grave si a sabiendas y en forma voluntaria hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos, el HUD, una PHA y cualquier propietario (o empleado del HUD, la PHA o el propietario) puede encontrarse sujeto a la aplicación de sanciones por divulgación no autorizada o usos inadecuados de la información reunida en base al formulario de consentimiento. El uso de la información reunida en base a este formulario de verificación se encuentra restringida a los fines citados arriba. Cualquier persona que solicite, obtenga o divulgue, a sabiendas y en forma voluntaria, cualquier información con engaños al respecto de un solicitante o participante podría quedar sujeto a un delito menos grave y ser multado por un importe de \$5,000 como máximo. Cualquier solicitante o participante que resulte afectado por la divulgación negligente de información puede presentar una demanda civil por daños y solicitar otros amparos, según sea apropiado, contra el funcionario o empleado del HUD, la PHA o el propietario responsable por la divulgación no autorizada o uso inadecuado. Las disposiciones sobre sanciones por mal uso del número del seguro social se encuentran contenidas en la Ley de Seguridad Social, en el número 208 (a) (6), (7) y (8). Las violaciones de estas disposiciones se citan como tales en el Artículo 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 408 (a) (6), (7) y (8).

**Colt Block Apartments** no discrimina en base a condiciones de discapacidad en lo que se refiere a la admisión, acceso, tratamiento o empleo en programas y actividades con asistencia federal.

La persona mencionada a continuación ha sido designada como coordinadora de cumplimiento de los requerimientos de no discriminación contenidos en las reglamentaciones del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano que implementa la

Sección 504 (24 del Código de Reglas Federales, parte 8, con fecha del 2 de junio de 1988).

Deborah Verdile, Vicepresidente de la Corporación de Bienes Inmuebles Baldwin para viviendas asequibles  
1950 Brighton-Henrietta TL Rd. Ste 200  
Rochester, NY 14623  
585-292-0480 – Voz 711 – Teléfono para sordomudos

Consulte el Manual del HUD 4350.3, Revisión 1, Párrafo 2-29-c-3 y 4



## Colt Block Apartments

### INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES Y DELINCUENCIA SEXUAL

La ley federal exige a Colt Block Apartments que obtenga información de antecedentes penales y de delincuencia sexual para todos los miembros adultos del hogar que soliciten asistencia para la vivienda. Para que podamos hacer esto, todos los miembros del hogar de 18 años o más deben responder las preguntas de abajo y luego firmar para dar su consentimiento para la verificación de antecedentes. Estas preguntas se refieren a actividades relacionadas con las drogas y otros crímenes, las cuales podrían afectar de manera adversa la salud, seguridad o bienestar de otros residentes.

Colt Block Apartments denegará la solicitud de cualquier solicitante que no brinde información completa y precisa en este formulario o no proporcione su consentimiento para una verificación de antecedentes.

1. ¿Alguna vez fue desalojado de un sitio con asistencia federal como consecuencia de actividad criminal o relacionada con las drogas? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_
2. ¿Actualmente usa drogas ilegales o abusa del alcohol? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_
3. ¿Actualmente se encuentra sujeto a los requerimientos de registro de por vida en el programa de registro de delincuentes sexuales? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_
4. ¿Actualmente se encuentra sujeto a los requerimientos de registro de por vida en el programa de registro de delincuentes sexuales? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_
5. ¿Recibió alguna condena por algún delito grave? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_
6. ¿Recibió alguna condena por un crimen que involucraba fraude o deshonestidad? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_
7. ¿Recibió alguna condena por un crimen que involucraba violencia? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_
8. ¿Actualmente es acusado de alguna de las actividades criminales antes mencionadas? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_
9. Enumere todos los estados en los que ha vivido o en los que ha tenido licencia de conducir y los números de licencia de cada uno:

---

10. ¿Alguna vez usó o se lo conoció por otro nombre? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

Si su respuesta fue sí, enumere los nombres que usó: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información de arriba es necesaria para determinar mi elegibilidad para la residencia. Certifico que mis respuestas a las preguntas de arriba son veraces y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que hacer falsas declaraciones en este formulario es un motivo de rechazo o terminación de mi arrendamiento. Autorizo a Colt Block Apartments a verificar la información de arriba y doy mi consentimiento para la divulgación de la información necesaria a fin de determinar mi elegibilidad.

Mediante la presente autorizo a las agencias de cumplimiento de la ley a divulgar mis registros de antecedentes penales y/o información del registro de delincuentes sexuales a Colt Block Apartments, a una agencia que Colt Block Apartments contrate para hacer la verificación de antecedentes penales.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
(Impreso)

El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos dice que una persona es culpable de un delito grave si a sabiendas y en forma voluntaria hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos, el HUD, una PHA y cualquier propietario (o empleado del HUD, la PHA o el propietario) puede encontrarse sujeto a la aplicación de sanciones por divulgación no autorizada o usos inadecuados de la información reunida en base al formulario de consentimiento. El uso de la información reunida en base a este formulario de verificación se encuentra restringida a los fines citados arriba. Cualquier persona que solicite, obtenga o divulgue, a sabiendas y en forma voluntaria, cualquier información con engaños al respecto de un solicitante o participante podría quedar sujeto a un delito menos grave y ser multado por un importe de \$5,000 como máximo. Cualquier solicitante o participante que resulte afectado por la divulgación negligente de información puede presentar una demanda civil por daños y solicitar otros amparos, según sea apropiado, contra el funcionario o empleado del HUD, la PHA o el propietario responsable por la divulgación no autorizada o uso inadecuado. Las disposiciones sobre sanciones por mal uso del número del seguro social se encuentran contenidas en la Ley de Seguridad Social, en el número 208 (a) (6), (7) y (8). Las violaciones de estas disposiciones se citan como tales en el Artículo 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 408 (a) (6), (7) y (8).



## Auto certificación del inquilino

Fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que no me encuentro sujeto a ningún requerimiento de registro de por vida en un programa estatal de registro de delincuentes sexuales.

También certifico que entiendo que la Gestión de Colt Block Apartments revisará anualmente el sitio web nacional Dru Sjodin de delincuentes sexuales para confirmar que no soy un delincuente sexual registrado de por vida.

Además, entiendo que si la Gestión de Colt Block Apartments entra en conocimiento de que se me ha requerido registrarme en un programa estatal de delincuentes sexuales, esto será una causa para la terminación del arrendamiento o asistencia para la renta en la Colt Block Apartments.

---

Nombre

---

Fecha

---

**Sanciones por mal uso de este consentimiento:** "El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos dice que una persona es culpable de un delito grave si a sabiendas y en forma voluntaria hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos, el HUD y cualquier propietario (o empleado del HUD o el propietario) puede encontrarse sujeto a la aplicación de sanciones por divulgación no autorizada o usos inadecuados de la información reunida en base al formulario de consentimiento. El uso de la información reunida en base a este formulario de verificación se encuentra restringida a los fines citados arriba. Cualquier persona que solicite, obtenga o divulgue, a sabiendas y en forma voluntaria, cualquier información con engaños al respecto de un solicitante o participante podría quedar sujeto a un delito menos grave y ser multado por un importe de \$5,000 como máximo. Cualquier solicitante o participante que resulte afectado por la divulgación negligente de información puede presentar una demanda civil por daños y solicitar otros amparos, según sea apropiado, contra el funcionario o empleado del HUD o el propietario responsable por la divulgación no autorizada o uso inadecuado. Las disposiciones sobre sanciones por mal uso del número del seguro social se encuentran contenidas en la Ley de Seguridad Social, en el número 208 (a) (6), (7) y (8). Las violaciones de estas disposiciones se citan como tales en el Artículo 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 408 (a) (6), (7) y (8)."

---



Colt Block Apartments  
2119 Main Street Niagara Falls, New York 14464  
Teléfono: (716) 282-8614 Fax: (716) 282-3818 Teléfono para sordomudos: 711

*Una compañía del Grupo DiMarco*



### Anexo 3-5: Ejemplo de declaración de ciudadano

*INSTRUCCIONES: Complete esta Declaración para cada uno de los miembros del hogar enumerados en la Planilla de Resumen Familiar.*

APELLIDO \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ REGISTRO DE EXTRANJERO NO. \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ADMISIÓN \_\_\_\_\_ en caso que corresponda (este es un número de 11 dígitos que se encuentra en el Formulario 1-94 del Departamento de Seguridad Nacional (DHS), *Registro de salida*)

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ (Ingrese la nación o país extranjero al que pertenece legalmente. Normalmente, aunque no en todos los casos, este es el país de nacimiento.)

VERIFICACIÓN DE SAVE NO. \_\_\_\_\_  
(a ingresar por el propietario, si lo recibe y cuando lo reciba)

*INSTRUCCIONES: Complete la declaración de abajo ingresando el primer nombre, iniciales del segundo nombre y apellido de la persona, en forma impresa o con letra de molde, en el espacio proporcionado. Luego revise los recuadros que se muestran a continuación y complete los que correspondan; 1, 2, o 3:*

#### DECLARACIÓN

Mediante este documento, \_\_\_\_\_ declaro bajo pena de perjurio, que soy \_\_\_\_\_  
(primer nombre, iniciales del segundo nombre y apellido impreso o en letra de molde):

\_\_\_\_\_ 1. Un ciudadano o persona nacida en los Estados Unidos.

Firme, coloque la fecha abajo y envíe este documento al nombre y dirección especificados en la carta de notificación adjunta. Si marcó este recuadro en nombre de un menor de edad, el adulto que residirá en la unidad con asistencia y es responsable por el menor debe firmar y colocar la fecha abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Marque aquí si un adulto firmó en nombre de un menor de edad: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ 2. Un extranjero con condición de inmigrante elegible como muestra uno de los documentos enumerados a continuación:

NOTA: Si marcó este recuadro y tiene 62 años o más, solo deberá enviar un documento que pruebe su edad junto con este documento y firmar al pie:

Si marcó este recuadro y tiene menos de 62 años de edad, debe presentar los siguientes documentos:

- a. Documento de consentimiento para la verificación (vea el Ejemplo de formulario de consentimiento para la verificación en el Anexo 3-6).

Y

- b. Uno de los siguientes documentos:

(1) Formulario I-551, *Tarjeta de residencia permanente*

(2) Formulario I-94, *Registro de llegada o salida*, con una de las siguientes anotaciones:

(a) "Admitido como refugiado de acuerdo con la sección 207";

(b) "Sección 208" o "Asilo";

(c) "Sección 243(h)" o "Deportación suspendida por el Procurador General"; o bien

(d) "Admitido condicionalmente de acuerdo con la Sección 212(d)(5) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA)".

(3) Si el Formulario I-94, Registro de llegada o salida, no contiene anotaciones, acompañe el mismo con uno de los siguientes documentos:

(a) el fallo definitivo de un tribunal que otorgue asilo (pero solo si no hay apelación);

(b) la carta de un funcionario de asilo de DHS que otorgue retención o deportación (si la solicitud se presentó el día 1ero de octubre de 1990 o en forma posterior) o de un director de distrito de DHS que otorgue asilo (si la solicitud se presentó antes de la fecha antes del 1ero de octubre de 1990);

(c) el fallo de un tribunal que otorgue una retención o deportación; o

(d) la carta de un funcionario de asilo de DHS que otorgue retención o deportación (si la solicitud se presentó el día 1ero de octubre de 1990 o en forma posterior).

(6) Un recibo emitido por el DHS que indique la existencia de una solicitud de emisión de un documento de reemplazo en una de las categorías enumeradas arriba y que se ha verificado el derecho del solicitante al documento.

(7) Si el DHS determina que otros documentos constituyen evidencia aceptable para una condición de inmigrante elegible, el mismo lo anunciará a través de una notificación publicada en el Registro Federal.

Si marcó este recuadro, firme y coloque la fecha abajo y envíe la documentación requerida junto con esta declaración y un formulario de consentimiento para la verificación a la persona y dirección especificadas en la notificación adjunta. Si marcó este recuadro en nombre de un menor de edad, el adulto que residirá en la unidad con asistencia y es responsable por el menor debe firmar y colocar la fecha abajo.

Si por algún motivo los documentos que figuran en el subpárrafo 2.b. de arriba no están disponibles actualmente, complete el recuadro de Solicitud de extensión a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Marque aquí si un adulto firmó en nombre de un menor de edad: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE EXTENSIÓN**

A través de este documento, certifico que soy extranjero con condición migratoria elegible, como se indica en el recuadro número 2 de arriba, pero que la evidencia necesaria para sustentar mi reclamo por el momento no está disponible. Por lo tanto, solicito tiempo adicional para obtener las pruebas requeridas. Además, certifico que realizaré los trámites y esfuerzos oportunos para obtener dicha documentación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Marque aquí si un adulto firmó en nombre de un menor de edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 3. No sostengo que mi condición de inmigrante sea elegible y entiendo que no soy elegible para la asistencia financiera.

Si marcó este recuadro, no se requerirá ninguna información adicional, ya que la persona mencionada arriba no resulta elegible para la asistencia. Firme y coloque la fecha abajo y envíe este documento a la persona y dirección especificadas en la notificación adjunta. Si marcó este recuadro en nombre de un menor de edad, el adulto responsable por el menor debe firmar y colocar la fecha abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Marque aquí si un adulto firmó en nombre de un menor de edad: \_\_\_\_\_



Información suplementaria y de contacto opcional para los solicitantes de asistencia para la vivienda del HUD

**COMPLEMENTE LA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL**

Cada solicitante que requiera una vivienda con asistencia federal debe completar este formulario.

**Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional:** Por ley, usted tiene derecho a incluir el nombre, dirección, número de teléfono y otra información relevante de un miembro de su familia, amigo u organización social, de salud, defensa u otra clase como parte de su solicitud de vivienda. Esta información de contacto tiene por finalidad identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier problema que usted tenga durante su alquiler o colaborar con la proporción de cualquier cuidado médico o servicios que usted pueda necesitar. **Puede actualizar, eliminar o cambiar la información que proporciona en este formulario en cualquier momento.** No se le exige que proporcione esta información de contacto, pero si opta por hacerlo, incluya todos los datos relevantes en este formulario.

<b>Condición del solicitante:</b>	
<b>Correo electrónico actual:</b>	
<b>No. de teléfono:</b>	<b>No. de celular:</b>
<b>Nombre de la organización o persona de contacto adicional:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>No. de teléfono:</b>	<b>No. de celular:</b>
<b>Correo electrónico (si aplica):</b>	
<b>Relación con el solicitante:</b>	
<b>Motivo de contacto:</b> (Marque todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Asistencia para el proceso de rectificación
<input type="checkbox"/> Imposibilidad de contacto	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos de alquiler
<input type="checkbox"/> Terminación de la asistencia para la renta	<input type="checkbox"/> Cambios en las normativas de la vivienda
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago tardío de la renta	
<b>Compromiso de la autoridad para la vivienda o el propietario</b> Si resulta aprobado para la vivienda, esta información se mantendrá como parte de su archivo de inquilino. Si surgiesen problemas durante el alquiler o si necesitase algún servicio o cuidado especial, podríamos contactar a la organización o persona que usted indicó para ayudar a resolver dichos asuntos o brindarle cualquier servicio o cuidados especial.	
<b>Declaración de confidencialidad:</b> La información proporcionada en este formulario es confidencial y no se divulgará a nadie, salvo que el solicitante o la ley aplicable lo permitan.	
<b>Notificación legal:</b> La Sección 644 de la Ley de vivienda y desarrollo de la comunidad de 1992 (ley pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada persona que solicita asistencia federal para la vivienda se le ofrezca la opción de proporcionar información al respecto de una organización o persona de contacto adicional. Mediante la aceptación de la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acepta cumplir con los requerimientos de no discriminación e igualdad de oportunidades del número 24 del Código de Reglas Federales, Sección 5.105, incluyendo las prohibiciones de discriminación a la hora de la admisión a o participación en programas de vivienda con asistencia federal en base a la raza, color, religión, nacionalidad, sexo, discapacidad y condición familiar bajo la Ley de vivienda justa, así como también la prohibición de discriminación por edad según la Ley de discriminación por edad de 1975.	

Si opta por no proporcionar la información de contacto, marque este recuadro.

--	--

**Firma del solicitante**

**Fecha**

Los requerimientos de recolección de información contenidos en este formulario se enviaron a la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB), de acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995 (44 del Código de los Estados Unidos, 3501-3520). Se estima que la información pública es de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de revisión de las instrucciones, la búsqueda de las fuentes de datos existentes, la recolección y mantenimiento de los datos necesarios y el tiempo para completar y revisar la recolección de la información. La Sección 644 de la Ley de vivienda y desarrollo de la comunidad de 1992 (número 42 del Código de los Estados Unidos, 13604) impuso al HUD la obligación de requerir a los proveedores de vivienda que participan en los programas de asistencia para la vivienda del HUD que brinden a las personas o familias que soliciten la ocupación de viviendas con asistencia del HUD la opción de incluir el nombre, dirección, número de teléfono y otros datos relevantes de un miembro de la familia, amigo o persona asociada con una organización social, de salud, defensa u otra similar en la solicitud de ocupación. El objetivo de brindar dicha información es facilitar el contacto del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el inquilino para colaborar con la proporción de los servicios o cuidados especiales al inquilino y ayudar a resolver cualquier problema que este último tenga durante su residencia. Esta información de solicitud suplementaria permanecerá en poder del proveedor de viviendas y recibirá un trato confidencial. Brindar esta información resulta básico para las operaciones del Programa de asistencia para la vivienda del HUD y es voluntario. Brinda apoyo a los requerimientos reglamentarios y a los controles del programa y la gestión que evitan el fraude, el malgasto y mal manejo. De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo, una agencia podría no realizar o patrocinar, y no se exige a la persona que responda a, la recolección de información, a menos que la misma exhiba un número de control de la OMB válido.

**Declaración de privacidad:** La ley pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recolectar todos los datos (salvo el número del seguro social (SSN)), los cuales el mismo usará para evitar que la información proporcionada se utilice para actividades fraudulentas.

Formulario **92006** (05/09) del HUD