



30 Washington Street
Central Falls, RI 02863
Oficina Principal (401) 648-8298
TDD 800-545-1833 Ext. 404

A quien corresponda:

Gracias por su interés en la Autoridad de Vivienda de Central Falls. Adjunto encontrará una solicitud de Vivienda Pública. La siguiente documentación que se **REQUIERE** adjuntar a la solicitud es:

1. **Copia de una licencia de conducir / identificación con foto o pasaporte válido**
2. **Copia de la tarjeta de Seguro Social de cada miembro del hogar**
3. **Copia de todas las formas de ingresos (Seguro Social, SSI, salarios devengados, etc.)**

IMPORTANTE: Asegúrese de que todas las áreas de la solicitud estén completadas y completadas y que cualquier documentación adicional requerida se adjunte antes de la presentación. Si tiene alguna pregunta, llame al Administrador de Vivienda Pública al número proporcionado anteriormente. Las solicitudes se pueden dejar y colocar en nuestro buzón que se encuentra en el pasillo de nuestra oficina.



Para uso de la oficina:
 Fecha: _____
 Aplicación # _____
 BR. Size _____
 Preferencia _____

30 Washington Street, Central Falls, RI 02863
 Oficina Principal (401) 648-8298 Fax (401) 648-8298
 TDD (800) 545-1833 ext. 404

SOLICITUD DE ALQUILER DE VIVIENDA PÚBLICA

La siguiente solicitud de vivienda pública debe **completarse en su totalidad**. Si necesita ayuda, comuníquese con la Autoridad para programar una cita. Si necesita un traductor, notifique a la oficina con 48 horas de anticipación de su cita para gestionar los arreglos necesarios.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
Nombre del Jefe del Hogar:		
Fecha de nacimiento:	SSN:	Teléfono:
Corriente address:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Propietario Alquila (Circule)	Pago mensual o alquiler:	¿Cuánto tiempo?
Estado civil: Soltero (soltero, viudo, divorciado) Casado (Circule)		
Apellido de soltera:	Si está divorciado o separado; nombre del ex cónyuge:	
Raza: Blanco Negro Americano Nativo Indio/Alaska Asiático/Isleño del Pacífico Otro (Circule)		
Etnicidad: Hispano No Hispano EMAIL \ Correo electrónico:		
<p>La información anterior relacionada con la raza y el origen étnico se requiere con fines estadísticos para que HUD pueda determinar el grado en que sus programas son utilizados por las familias pertenecientes a comunidades minoritarias.</p>		

Entiendo que es mi responsabilidad, como solicitante de asistencia para el alquiler, notificar a la Autoridad de Vivienda de Central Falls siempre que me mude a una nueva dirección. Reconozco que, si no informo un cambio de dirección, mi solicitud será eliminada de la lista de espera si el correo no puede ser entregado.

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Enumere a todas las personas, incluido usted mismo, que vivirán en la unidad. (El solicitante principal es cabeza de familia)

	NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEXO	RAZA	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEGURO SOCIAL #
1		Yo (HOH)						
2								
3								
4								

FUENTES DE INGRESOS Enumere todos los montos de ingresos mensuales a continuación

FUENTE DE INGRESOS	MIEMBRO DE LA FAMILIA # 1	MIEMBRO DE LA FAMILIA # 2	MIEMBRO DE LA FAMILIA # 3	MIEMBRO DE LA FAMILIA # 4
Seguro Social				
SSI				
GPA				
Beneficios para Veteranos				
Pensión				
Compensación al Trabajador				
Pensión Alimenticia				
AFDC / TANF				
Empleo				
Desempleo				
SSDI				
Otros (Describa a continuación)				

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

FUENTE DE INGRESOS	MIEMBRO DE LA FAMILIA #1 VALOR	MIEMBRO DE LA FAMILIA #2 VALOR	MIEMBRO DE LA FAMILIA #2 VALOR	MIEMBRO DE LA FAMILIA #3 VALOR	TIPO DE INTERÉS	CUENTA #
Comprobación						
Comprobación						
Ahorros						
Ahorros						
Ahorros						
Certificados de Depósito						
Certificados de Depósito						
IRA						
Anualidades						
Seguro de Vida-Integral						
Seguro de Vida-Plazo						
Otros (lista)						
Otros (lista)						
Otros (lista)						

POR FAVOR COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Es usted propietario/copropietario de una propiedad (en los EE. UU. u otro país)?	Sí No	(Circule)
En caso afirmativo, anote el tipo de propiedad, el valor y la		
¿Ha eliminado algún activo a menos de su valor de mercado en los últimos dos	Sí No	(Circule)
En caso afirmativo, sírvase		

GASTOS MÉDICOS (Solo para solicitantes de edad avanzada / discapacitados /	
Por favor, compruebe todo lo que se aplica a su hogar:	
<input type="checkbox"/>	Pague cualquier parte de sus primas médicas o cobertura de hospitalización
<input type="checkbox"/>	Pagar cualquier copago para médicos u hospital
<input type="checkbox"/>	Pagar las recetas
<input type="checkbox"/>	Pague por los medicamentos sin receta que su médico le haya ordenado
<input type="checkbox"/>	Cualquier otro gasto médico, en caso afirmativo, describa a continuación

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA PARA DISCAPACITADOS/DISCAPACITADOS	
Por favor, compruebe todo lo que se aplica a su hogar	
<input type="checkbox"/>	¿Se han previsto gastos no reembolsados durante los próximos 12 meses para el cuidado de asistentes y aparatos auxiliares para un miembro de la familia con una discapacidad o discapacidad que sean necesarios para permitir que un miembro de la familia (incluida la persona con discapacidad o discapacidad) sea empleado?
<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de su hogar requiere instalaciones de vivienda especiales? En caso afirmativo, explique:

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA	
Por favor, haga un círculo si lo siguiente se aplica a su hogar y, cuando corresponda, describa los detalles	
¿Es usted actualmente un participante que recibe asistencia en algún Programa hud? Ejemplo: Sección 8 o Vivienda Pública	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿a qué Autoridad de Vivienda está afiliada la asistencia?	

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL JEFE DE FAMILIA Y DE LA FAMILIA	
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave?	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Alguno de los miembros de su familia ha sido condenado por un delito grave?	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido arrestado y/o condenado por algún delito?	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Alguna vez has vivido en algún otro estado que no sea Rhode Island?	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Ciudad estado
¿Alguna vez has vivido en Vivienda Pública?	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Ciudad estado
¿Alguna vez ha recibido la Sección 8 o cualquier otra asistencia del programa HUD?	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿qué programa y dónde?	Programa: Ciudad: Estado:
¿Debe el alquiler retroactivo a cualquiera de los anteriores o a la CFHA?	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Ciudad estado
¿Alguna vez ha sido desalojado o violado su contrato de arrendamiento mientras participaba en un Programa de Vivienda Pública, Sección 8, otro Programa de HUD?	Sí No (Circule)
En caso afirmativo, ¿qué programa, dónde y por qué?	Qué programa Ciudad Estado
Explica la razón	
¿Está usted o alguien en su hogar obligado a registrarse en el registro de delincuentes sexuales de por vida de cualquier estado?	Sí No (Circule)

¿Eres tú o alguien en tu hogar un usuario de marihuana medicinal?	Sí		No	(Circule)
En caso afirmativo, haga una lista de todos los Estados en los que usted o cualquier otro miembro de su hogar haya vivido alguna vez:				

CONTACTOS DE EMERGENCIA: proporcione dos números de amigos / familiares con los que podamos comunicarnos si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:

HISTORIA DEL PROPIETARIO

Alquiler mensual actual	\$
¿Cuánto paga por los servicios públicos por mes?	\$
Dirección actual	Calle: Ciudad: Estado:
Propietario actual name	Nombre:
Número de teléfono actual del propietario	Inicio: Celular:
Dirección actual del propietario	Calle: Ciudad: Estado:
¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección actual?	Meses: Años:
Dirección anterior	Calle: Ciudad: Estado:
Propietario anterior name	Nombre:
Propietario anterior unddress	Calle: Ciudad: Estado:
¿Cuánto tiempo has vivido en esta dirección?	Meses: Años:
Si hay menos de 5 años de historial del propietario, adjunte información adicional sobre los propietarios anteriores y el historial de alquiler.	

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos tipifica como delito penal hacer declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos en cuanto a cualquier asunto dentro de sus jurisdicciones.

INICIALES DEL JEFE DE HOGAR _____

Entiendo que debo notificar a la Autoridad de Vivienda de Central Falls, por escrito, de cualquier cambio de dirección. De lo contrario, se eliminará su nombre de la lista de espera.

INICIALES DEL JEFE DE HOGAR _____

Doy fe de que la información anterior es verdadera y precisa según mi mejor conocimiento.

Firma del Solicitante	Fecha
Firma del Representante de CFHA	Fecha

PREFERENCIAS DE OCUPACIÓN DE VIVIENDA PÚBLICA Y SELECCIÓN DE LISTA DE ESPERA DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE CENTRAL FALLS

La Autoridad de Vivienda de Central Falls (CFHA) ha establecido preferencias basadas en las necesidades de vivienda y prioridades determinadas por la CFHA. Estas preferencias en la lista de espera están diseñadas para permitir que los solicitantes calificados avancen más rápidamente en la lista de espera.

Las solicitudes se procesarán según el tamaño de habitación disponible, las preferencias y la fecha y hora de presentación de la solicitud para determinar el orden en que se prestará el servicio. A medida que las unidades estén disponibles, se procesará y alojará primero a las personas con una preferencia. La CFHA verificará su elegibilidad para una preferencia programando una cita y realizando una entrevista presencial con usted. Una vez que se verifique la preferencia y la elegibilidad, el solicitante será considerado elegible y estará listo para ser alojado en el tamaño de habitación correspondiente. Si el solicitante no tiene una preferencia, su nombre permanecerá en la lista de espera de vivienda pública hasta que todos los solicitantes con preferencias sean alojados.

La CFHA seleccionará a las familias de la lista de espera según las siguientes preferencias establecidas dentro de cada categoría de tamaño de habitación.

Preferencias Establecidas:

- 1. Fecha y hora de la solicitud.**
- 2. Preferencia local** – Solicitantes que residen en la ciudad de Central Falls.
- 3. Preferencia de clasificación para veteranos** – Se otorgará una preferencia de clasificación para veteranos a cualquier persona, sin importar su género, que haya servido en las fuerzas militares o navales de los Estados Unidos en cualquier guerra, conflicto o acción policial en la que haya estado bajo fuego y que haya sido dada de baja honorablemente, o que haya sido dada de baja bajo condiciones distintas a la deshonrosa, o que, si no fue dada de baja, haya servido honorablemente y cumpla con todos los requisitos de elegibilidad, así como con la evaluación de idoneidad para el programa de vivienda pública federal. La CFHA mantendrá una lista de guerras, conflictos o acciones policiales específicas, sujeta a la aprobación de la Junta de Comisionados.
- 4. Preferencia para veteranos sin hogar – Consulte la descripción de la preferencia en el Anexo "A".**

Si cree que es elegible para una o más de las preferencias mencionadas, debe identificarse seleccionando a continuación:

MARQUE LOS QUE CORRESPONDAN	TIPO DE PREFERENCIA
<input type="checkbox"/>	Preferencia local
<input type="checkbox"/>	Preferencia para veteranos
<input type="checkbox"/>	Preferencia para veteranos sin hogar

Al firmar a continuación, certifico, según mi mejor conocimiento, que soy elegible para una o más de las preferencias mencionadas. También entiendo que en cualquier momento mientras esté en la lista de espera, puedo solicitar agregar o eliminar cualquier preferencia que considere aplicable.

Solicitante (Jefe de Hogar)

Fecha

ANEXO "A"

Preferencia para personas sin hogar: descripción y requisitos

Con el fin de abordar el problema de la falta de vivienda entre los veteranos, la Autoridad de Vivienda de Central Falls, Rhode Island, establecerá una preferencia por las "personas sin hogar". A los solicitantes se les asignará su ubicación en la lista de espera en función de su fecha de solicitud, verificación de ser un veterano del ejército de los Estados Unidos, verificación de ser sin hogar, verificación de ubicación en la base de datos del Sistema de Información de Administración de Personas sin Hogar (HMIS) y categoría de preferencia como se enumera a continuación:

Familias e individuos sin hogar:

1. Un individuo o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, es decir:
 - a. Una persona o familia con una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está diseñado o que se usa normalmente como un alojamiento regular para dormir para seres humanos, incluido un automóvil, un parque, un edificio abandonado, una estación de autobús o tren, un aeropuerto o un lugar para acampar;
 - b. Una persona o familia que vive en un refugio supervisado de operación pública o privada designado para proporcionar arreglos de vivienda temporal (incluidos refugios colectivos, viviendas de transición y hoteles y moteles pagados por organizaciones benéficas o por programas gubernamentales federales, estatales o locales para personas de bajos ingresos); o
 - c. Una persona que sale de una institución donde residió durante 90 días o menos y que residió en un refugio de emergencia o en un lugar no destinado a la habitación humana inmediatamente antes de ingresar a esa institución.

Para confirmar que las personas/familias califican bajo esta definición, las personas deben haber sido evaluadas utilizando el VI-SPDAT y tanto las familias como las personas deben ser ingresadas en el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar (HMIS).

Veterano:

El jefe de hogar que fue dado de baja en circunstancias que no sean deshonrosas, o que actualmente está en servicio activo con las siguientes ramas de servicio: Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina, Guardia Costera y Guardia Nacional (si se desplegó durante la guerra). Esta definición también incluye al cónyuge de un veterano que está actualmente en servicio activo, o la viuda de un veterano que murió en acción. Se requerirá documentación del Departamento de Defensa o del Departamento de Asuntos de Veteranos que confirme la condición de veterano.

Se espera que los candidatos elegibles participen en la administración de casos y utilicen los servicios de apoyo, las recomendaciones de tratamiento y la asistencia necesaria para mantener y sostener con éxito la unidad de vivienda asistida. Los proveedores de servicios pueden incluir, entre otros, trabajadores sociales con licencia, agencias de salud mental y el Programa de Servicios de Apoyo para Familias de Veteranos (SSVF).

Todos los solicitantes que sean admitidos bajo la preferencia de "Veterano sin hogar" serán monitoreados por su desempeño y deben continuar recibiendo servicios de apoyo mientras vivan en la residencia de la Autoridad de Vivienda de Central Falls, a menos que dichos servicios ya no se consideren necesarios según lo certifique un proveedor de servicios como se define anteriormente.

Una unidad de cada cuatro unidades de rotación se utilizará para ubicar a personas o familias que cumplan con los criterios anteriores.