



Housing Authority of the City of Carrollton

1 Roop Street • P.O. Box 627 • Carrollton, GA 30117
Tel: 770-834-2046 • Fax: 770-834-8708
www.carrolltonhousingauthority.com



IGUALDAD DE OPORTUNIDAD
EN LA VIVIENDA

Solicitud Preliminar Para Vivienda Pública

1. Información Personal <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"> </div> <i>Ingrese su # de Seguro Social</i> Fecha de Nacimiento _____ Tel:(_____)_____-_____ Correo Electrónico _____		2. Nombre y Dirección del Solicitante <hr/> Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo _____ (Nombre de Soltera) <hr/> Dirección Postal _____ Numero de Apartamento _____ <hr/> Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____							
3. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	4. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	5. Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	6. Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	7. Competencia limitada en inglés (LEP): ¿Es usted un individuo con LEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Cuál es su idioma principal? _____					
8. Ingresos Mensual (PARA TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS) <input type="checkbox"/> Ingresos <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Manutención de hijo <input type="checkbox"/> Apoyo Familiar Los Ingresos Mensual son \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia Social <input type="checkbox"/> Interés / Anualidad <input type="checkbox"/> Otro									
9. Discapacidad o Desventaja: a) ¿Usted o un miembro de su hogar tiene una discapacidad o desventaja y requiere un alojamiento razonable para ayudarle a completar el proceso de solicitud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No b) ¿Requiere un arreglo especial en las características de vivienda como resultado de su discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondió si a 9a o 9b , por favor adjunte una solicitud de alojamiento específica relacionada con la discapacidad (<i>no proporcione información específica sobre la discapacidad</i>).									
10. Composición Familiar: Enumere a todas las personas, incluyendo usted, que vivan en la unidad.									
#	Relación contigo	Apellido	Primer Nombre y Inicial	H/M	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento			
1									
2									
3									
4									
5									
<input type="checkbox"/> Tengo más de cinco miembros en mi hogar y he adjuntado una lista de ellos en una hoja de papel separada.									
¿Cualquier persona en su casa un ciudadano de los Estados Unidos, ya sea por nacimiento o legalmente presente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
¿Alguna vez alguien de su familia ha sido arrestado o condenado por algún crimen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ** Las personas con condenas penales no se determinan automáticamente como inelegibles **									
¿Alguno de sus miembros debe registrarse de por vida como Delincuente Sexual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
10. Preferencias (marque todas las que apliquen): Seleccione sólo los elementos que se aplican actualmente a su hogar. Asegúrese de notificar la oficina si cambian sus circunstancias. La elegibilidad para las preferencias será verificada antes de la admisión en el Programa de Vivienda Pública. Cualquier cambio de preferencia puede alterar su posición en la lista de espera.									
<input type="checkbox"/> Yo o mi cónyuge / co-jefe de familia que está empleado					<input type="checkbox"/> He sido desplazado por un desastre natural o desplazados involuntariamente debido a la acción del gobierno				
<input type="checkbox"/> Soy o mi cónyuge / co-jefe de hogar es mayor de 62 años o discapacitado					<input type="checkbox"/> Soy residente de la <input type="checkbox"/> Ciudad de Carrollton <input type="checkbox"/> Condado de Carroll				
<input type="checkbox"/> Soy víctima de violencia doméstica									
11. Certificación: Las solicitudes no firmadas o incompletas serán rechazadas y devueltas. El solicitante debe volver a aplicar con un nuevo formulario. Por la presente certifico que la información que he proporcionado en esta aplicación preliminar es verdadera y precisa y entiendo que:									
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información falsa resultará en la cancelación o denegación de mi solicitud o en la terminación de mi asistencia de vivienda. El proporcionar falsamente información falsa a la CHA es un delito grave bajo la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos. • Se me contactará para verificar la información que he proporcionado aquí cuando estoy cerca de la parte superior de la lista de espera. • Los cambios que ocurran después de presentar esta aplicación preliminar pueden afectar mi calificación para vivienda pública. • El no informar de los cambios en la dirección, el teléfono, la composición de la familia o las preferencias puede resultar en la cancelación de mi solicitud. 									
_____ Firma de Solicitante					_____ Fecha				

Encuesta de Vivienda

Sus respuestas a esta encuesta anónima nos ayudarán a determinar las necesidades de vivienda de su familia y nos permiten dar mejores programas y servicios a las familias en necesidad.

1. ¿Dónde vive actualmente? (marque uno)

- La Ciudad de Carrollton Fuera de la Ciudad de Carrollton pero en el Condado de Carroll
- No vivo en el Condado de Carroll pero vivo en Georgia Vivo en un Estado distinto de Georgia

2. ¿La razón porque usted está solicitando para la vivienda? (marque todos que aplican)

- Viviendo con Alguien Actualmente sin Hogar Quiero mi propio lugar
- Mi casa no es seguro/habitable Vivo en un hotel/motel Vivo en un refugio
- Menos/Más espacio No puedo pagar donde estoy viviendo Otra _____

3. ¿Es usted un Veterano Militar de los Estados Unidos? Si No

4. ¿Está trabajando en este momento? Si No Si así, a tiempo parcial o tiempo completo? TP TC

5. ¿Actualmente recibe cupones para alimentos o TANF? Si No

6. ¿Está bajo aviso de desalojo de su residencia actual? Si No

7. ¿Está actualmente sin hogar? Si No ¿Si usted está actualmente sin hogar, donde durmió anoche?

8. ¿Cuánto tiempo llevas sin hogar? _____

9. ¿Cuántas veces has sido sin hogar es los últimos 12 meses? _____

9. LAS BARRERAS PERSONALES PARA CONSEGUIR O MANTENER LA VIVIENDA	
BARRERAS PERSONALES (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Si tengo barreras (completa a continuación)	<input type="checkbox"/> No tengo barreras (Saltar a la siguiente sección)
9A. SALUD MENTAL (círculo uno)	
Salud mental ha resultado en pérdida de la vivienda: (Si No NA)	Salud mental en la actualidad afecta a vivienda : (Si No NA)
9B. VIOLENCIA DOMESTICA/ABUSO (círculo uno)	
Violencia doméstica, abuso dio lugar a la pérdida de la vivienda: (Si No NA)	Violencia doméstica, abuso en la actualidad afecta la vivienda : (Si No NA)
9C. CONDICIÓN FÍSICA/MEDICA (círculo uno)	
Condición Médica/Física ha resultado en la pérdida de la vivienda : (Si No NA)	Condición Médica/Física actualmente afecta a vivienda : (Si No NA)

10. LAS BARRERAS DE INGRESO PARA CONSEGUIR O MANTENER LA VIVIENDA		
BARRERAS DE INGRESO (marque uno) <input type="checkbox"/> Si, tengo barreras de ingreso (completa a continuación) <input type="checkbox"/> No tengo barreras		
10A. INGRESOS		
Necesita ayuda temporal para lograr o mantener la vivienda : (Si No NA)	Estimado por ciento de los ingresos que gastan en vivienda (marque uno):	
	<input type="checkbox"/> menos de 25%	<input type="checkbox"/> más de 50%
	<input type="checkbox"/> más de 25% pero menos de 50%	<input type="checkbox"/> No se
10B. OTRAS BARRERAS RELACIONADAS CON EL INGRESO (círculo uno)		
Falta de empleo estable, a tiempo completo : (Si No NA)	Falta una diploma de escuela secundaria o GED : (Si No NA)	Barrera de Trabajo: Competencia limitada en inglés: (Si No NA)
Barrera de Trabajo: Falta de transportación confiable : (Si No NA)	Barrera de Trabajo: Falta de cuidado infantil confiable y asequible: (Si No NA)	