CHA Staff:
Date Rec'd: _____
Time Rec'd: _____

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 Basado en los Ingresos

1. Información Personal

___-___-____ *Ingrese su # de Seguro Social*

_____
Fecha de Nacimiento

Tel:(_____)_____-_____

Correo Electrónico _____

2. Nombre y Dirección del Solicitante

_____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo (Nombre de Soltera)

_____
Dirección Postal Numero de Apartamento

_____
Ciudad Estado Código postal

3. Sexo
□ Hombre
□ Mujer

4. Nacionalidad
□Blanco
□ Americano Africano
□Asiático
□Indio Americano
□Isleño Pacifico

5. Estado civil
□ Soltero
□ Casado
□ Divorciado
□ Viudo

6. Etnicidad
□ Hispano
□ No-Hispano

7. Competencia limitada en inglés (LEP): ¿Es usted un individuo con LEP? □ Si □ No

En caso afirmativo, ¿Cuál es su idioma principal?
_____

8. Ingresos Mensual (PARA TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS) □ **Ingresos** □ **SSA** □ **SSI** □ **Manutención de hijo** □ **Apoyo Familiar**
Los Ingresos Mensual son $_____ □ **Pensión** □ **Asistencia Social** □ **Interés / Anualidad** □ **Otro**

9. 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						

□ Tengo más de cinco miembros en mi hogar y he adjuntado una lista de ellos en una hoja de papel separada.

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 Basado en los Ingresos. Cualquier cambio de preferencia puede alterar su posición en la lista de espera.

□ Yo o mi cónyuge / co-jefe de familia que está empleado
□ Soy o mi cónyuge / co-jefe de hogar es mayor de 62 años o discapacitado
□ Soy víctima de violencia doméstica
□ He sido desplazado por un desastre natural o desplazados involuntariamente debido a la acción del gobierno
□ Soy residente de la □ Ciudad de Carrollton □ Condado de Carroll

11. Certificación. Las solicitudes que no estén firmadas o que estén incompletas serán rechazadas y devueltas. El solicitante deberá volver a presentar una nueva solicitud. Si usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad y necesita una adaptación específica para poder utilizar plenamente nuestros programas y servicios, comuníquese con la autoridad de vivienda.

Por la presente certifico que la información que he proporcionado en esta aplicación preliminar es verdadera y precisa y entiendo que:

- 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 basada en los ingresos.
- 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 Voluntaria de Vivienda

Esta es una encuesta voluntaria. 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) ☐ Si tengo barreras *(completa a continuación)*	☐ 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 FISICA/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)* ☐ Si, tengo barreras de ingreso *(completa a continuación)* ☐ 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): □ menos de 25% □ más de 50% □ más de 25% pero menos de 50% □ No se	
10B. OTRAS BARRERAS RELACIONADAS CON EL INGRESO (circulo 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)*	