



Orange County
Department of Housing,
Human Rights and
Community Development
Orange County Housing Authority

Housing Choice Voucher Program

Lista de Espera Pre-Solicitud

Envíe su solicitud a:

Orange County Housing Authority
P.O. Box 8181
300 West Tryon Street, 3rd Floor
Hillsborough, NC 27278



OFFICE USE ONLY

APPL # _____

DATE: _____

Time: _____

PREF: _____

TODAS LAS SOLICITUDES ENVIADAS POR CORREO DEBEN TENER SELLO POSTAL NO POSTERIOR AL LUNES, 02 DE NOVIEMBRE DE 2015.

Si necesita ayuda para completar la solicitud o tiene preguntas sobre el proceso de solicitud, por favor comuníquese con Orange County Housing Authority al (919) 245-2490. (Personas sordas y con discapacidad auditiva TDD/TTY (919) 644- 3045)

**Por favor escriba claramente en tinta. SE VERIFICARÁ TODA LA INFORMACIÓN ANTES DE QUE USTED RECIBA UN VOUCHER.
Solamente una (1) solicitud por hogar**

JEFE DE FAMILIA

Jefe de familia _____ Primer Nombre Apellido		Fecha de Nacimiento ____/____/19____ Mes/ Día / año	Edad	Sexo	Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en Inglés): [][]-[][]-[][][][]		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____				Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		¿Es usted o su esposo(a) veterano? Sí ____ No ____	
Ingresos Anuales \$ _____	Enumere todas las fuentes de ingreso (salarios, desempleo, ingreso por incapacidad del Seguro Social)			¿Trabaja usted o ha sido contratado para trabajar en el Condado de Orange? Sí ____ No ____			
Dirección (Incluir # de apto.) _____							
Ciudad:		Condado:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono de residencia: () _____		Teléfono alternativo: () _____		Correo electrónico:			
Persona de contacto alternativa:		Parentesco:		Dirección o correo electrónico:		Teléfono () _____	

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Enumere todas las demás personas que vivirán en su casa. (COMPLETE TODAS LAS CASILLAS)

Nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Parentesco:	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Edad	Sexo	Ingreso anual/ Fuente de ingreso
			Cónyuge				

¿Tiene usted o cualquier persona que mencionó en la lista una discapacidad? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, indique cómo se valida la discapacidad. Marque todas las respuestas que correspondan:

___ Médico /Declaración profesional

___ Administración del Seguro Social (SSDI)

___ Otro: _____

SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA

(Marque "sí" o "no" para cada una de las siguientes preguntas)

¿Está usted sin hogar? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, explique dónde duerme, se baña, come, etc.: _____

¿Vive usted en un albergue / Vivienda de transición? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la instalación: _____

¿Es usted graduado de un Programa de Transición de Viviendas? Sí ____ No ____ En caso afirmativo proporcione el nombre del Programa: _____

¿Está usted participando o se graduó recientemente de un Programa Educativo y de Capacitación? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, indique el nombre del Programa de Educativo y de Capacitación: _____

¿Cuál es el costo actual mensual del alquiler/hipoteca + costos de servicios públicos: \$ _____ / por mes

¿Recibe actualmente ayuda para el pago del alquiler/hipoteca? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, indique la fuente de asistencia: _____

¿Vive usted actualmente en una unidad subsidiada por el gobierno (de Vivienda Pública, Sección 8)? Sí ____ No ____

¿Tiene agua potable? Sí ____ No ____

¿Tiene calefacción? Sí ____ No ____

¿Tiene servicio sanitario (inodoro) adentro? Sí ____ No ____

¿Tiene una cocina con fregadero? Sí ____ No ____

¿Tiene electricidad? Sí ____ No ____

¿Está siendo desalojado/a de su unidad? Sí ____ No ____ En caso afirmativo indique por qué: _____

¿Es usted actualmente dueño/a de una casa o terreno? Sí ____ No ____

INFORMACIÓN ADICIONAL

La Administración de Vivienda del Condado de Orange no discrimina en base a raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, estado civil, condición de veterano, orientación sexual o discapacidad en la prestación de servicios, programas o actividades. La Administración de Vivienda del Condado de Orange adoptará medidas afirmativas para comunicarse con las personas que necesitan servicios o información en un idioma que no sea inglés.

Cuando su nombre se saque de la lista de espera, se le solicitará que proporcione información que verifica que su familia reúne los requisitos para el programa, incluyendo pero no limitado a su ingreso, ciudadanía y condición actual de vivienda. Cada miembro del hogar debe proporcionar dicha información. Todos los miembros del hogar que tengan 18 años o más también estarán sujetos a una revisión de antecedentes penales.

Es responsabilidad de cada solicitante notificar a la Administración de Vivienda del Condado de Orange **por escrito o en persona** dentro de los 10 días del cambio de domicilio de la familia. Si no se informa a esta oficina de cualquier cambio de dirección no se le podrá contactar por correo, y no nos dejará otra alternativa que retirar la solicitud y quitar a la familia de la Lista de Espera.

ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO QUIEN A SABIENDAS E INTENCIONALMENTE EMITE DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS ANTE CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

CERTIFICACIÓN

Entiendo que esta solicitud no es una oferta de vivienda y NO garantiza que recibiré un vale(voucher) de vivienda. Certifico que la información que he proporcionado en este documento es verdadera y correcta. También entiendo que las declaraciones o informaciones falsas son razones suficientes para el rechazo de mi solicitud o la terminación de la participación en el Programa.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Entrevistador de la agencia: _____

Fecha: _____

*** FOR OFFICE USE ONLY/PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE ***

PREFERENCE(S) CLAIMED:

RESIDENCY (R) ____

DISPLACEMENT (D) ____

TRANSITIONAL (T) ____

VETERAN (V) ____

ELDERLY or DISABLED (E) ____

50% RENT BURDEN (%) ____

TRAINING/EDUCATION (ED) ____

SUBSTANDARD HOUSING (S) ____

COMPLETED BY _____

NAME

TITLE

DATE