

PRE-SOLICITUD DE VALES DE ELECCIÓN DE

LEER ANTES DE COMPLETAR

- Debe responder todas las preguntas de esta solicitud previa y adjuntar la documentación pertinente (requerida).
- Al menos un miembro de su hogar debe ser ciudadano o residente legal de los EE. UU.
- No es necesario tener ningún ingreso para presentar la solicitud.
- Debe seleccionar y calificar para una preferencia en la página siguiente.
- Su solicitud no será aceptada y se le devolverá si:
 - Está incompleto o no tiene todos los documentos de respaldo necesarios
 - No está firmado por todos los miembros del hogar mayores de 18 años
 - Si no prueba la preferencia que marcó en la página 1 o 2

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA QUE DEBE ADJUNTARSE A ESTA SOLICITUD

1. Número de Seguro Social (SSN) para cada miembro del hogar que sea ciudadano estadounidense o residente legal. Proporcione prueba en forma de uno de los siguientes:
 - Copia de la tarjeta SS original
 - Copia de la carta oficial que contenga el nombre y el número de seguro social completo de la persona de:
 - Administración del Seguro Social
 - Agencia gubernamental federal, estatal y local

Si algún miembro del hogar **NO** es ciudadano de los Estados Unidos: Proporcione una copia de la tarjeta de residente permanente I-551 o la tarjeta de autorización de empleo I-688B, si corresponde

2. Prueba de identidad de cada miembro del hogar (según la edad)
 - **ADULTOS: Elija uno: Copia de**
 - Licencia de conducir con foto emitida por el gobierno o tarjeta de identificación con foto
 - Pasaporte estadounidense
 - Tarjeta de residente permanente I-551 o tarjeta de autorización de empleo I-688B
 - **MENORES: Niños menores de 17 años. Elija uno: Copia de**
 - Certificado de nacimiento o certificado de registro de nacimiento
 - Pasaporte de EE. UU.
 - Documentos de certificado de adopción
 - Acuerdo de custodia emitido por el tribunal
 - Registro escolar que muestre la fecha de nacimiento
3. Comprobante de TODOS los ingresos actuales para CADA miembro del hogar:
 - **Salarios:** Copias de recibos de pago actuales o registros de nómina, o una carta firmada por su empleador con membrete de la empresa
 - **Seguro Social:** Copia de su carta de adjudicación más reciente.
 - **Manutención de los hijos/pensión alimenticia:** Estado de cuenta de su cuenta de relaciones domésticas que muestre los pagos actuales recibidos.
 - **Asistencia en efectivo y TANF:** Copia de su declaración de beneficios más reciente de la Oficina de Asistencia.
 - **Apoyo de otros (amigos/familiares), incluso si alguien paga las facturas en su nombre:** Proporcione una declaración firmada o una carta del miembro de la familia que indique cuánto se paga en su nombre cada mes.

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE ADAMS
SOLICITUD PREVIA DE ASISTENCIA CON VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA

Apellido - Cabeza de familia

Nombre: cabeza de familia

SI NO CALIFICA PARA NINGUNA DE LAS PREFERENCIAS A CONTINUACIÓN, NO ES ELEGIBLE PARA ENVIAR UNA SOLICITUD EN ESTE MOMENTO, YA QUE LA LISTA DE ESPERA ESTÁ ABIERTA SOLO PARA POBLACIONES DE PREFERENCIA.

Por favor, marque SÍ a ÚNICO de estas preferencias y proporcionar prueba de esa preferencia.

1. DESPLAZADOS: Ha sido desplazado involuntariamente de una residencia en el condado de Adams, PA, en los últimos 30 días, debido a un desastre natural o emergencia (incendio, inundación, tornado, granizo), expropiación de propiedad o toma de la propiedad residencial por dominio eminente por parte de una autoridad gubernamental, que ha sido declarada desastre. **Por favor, marque uno:** ☐ **SÍ** ☐ **NO.** En caso afirmativo, proporcione prueba de una autoridad certificadora, gobierno municipal o proveedor de servicios de emergencia (Cruz Roja, departamento de bomberos, etc.)

2. ELEGIBLE PARA CHAFEE: **Usted** es un dependiente adjudicado y / o un joven que envejece fuera de los Servicios para Niños y Jóvenes del Condado de Adams que es / fue elegible para los Servicios de Vida Independiente de Chafee, tiene al menos 18 años de edad, está en cuidado sustituto y es elegible para los Servicios de Vida Independiente de Chafee (o en cuidado con la posibilidad de dejar el cuidado y elegible para los Servicios de Vida Independiente de Chafee) con una fecha de alta anticipada dentro de los próximos 12 meses; o tiene ha sido dado de alta de la atención de los Servicios para Niños y Jóvenes del Condado de Adams en los últimos dos años, ha estado en cuidado sustituto durante al menos seis meses, actualmente es elegible para los Servicios de Vida Independiente de Chafee y aún no ha cumplido 23 años al momento de la solicitud. **Por favor, marque uno:** ☐ **SÍ** ☐ **NO.** En caso afirmativo, proporcione un certificado de los Servicios para Niños y Jóvenes del Condado de Adams.

3. UNIFICACIÓN FAMILIAR: Su falta de vivienda adecuada es un factor principal en la separación, o amenaza de separación inminente, de los niños de su familia, o en la prevención de la reunificación de los niños con su familia. **Por favor, marque uno:** ☐ **SÍ** ☐ **NO.** En caso afirmativo, proporcione un certificado de los Servicios para Niños y Jóvenes del Condado de Adams.

4. PERSONAS SIN HOGAR: **Usted** es una persona sin hogar en el condado de Adams que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (debe proporcionar pruebas, ver más abajo). Esto incluye a las personas que viven en vehículos, moteles y campamentos. O tiene una residencia nocturna principal que está supervisada por un refugio público o privado. Una familia sin hogar no incluye a ninguna persona encarcelada o detenida de conformidad con la Ley Estatal o una Ley del Congreso. Las personas sin hogar que participan en un programa de vivienda de transición califican para esta preferencia. **Por favor, marque uno:** ☐ **SÍ** ☐ **NO.** En caso afirmativo, proporcione prueba de falta de vivienda en el condado de Adams en forma de una carta de referencia de cualquier refugio para personas sin hogar del condado de Adams, Agape House, cualquier iglesia del condado de Adams, Administración de Veteranos o proveedor similar; o recibos de una semana de un motel o campamento del condado de Adams (los recibos no necesitan ser consecutivos, sino que deben estar fechados dentro de los últimos 30 días, deben mostrar que fueron pagados por el solicitante o por un grupo u organización en nombre del solicitante); una copia de un aviso de desalojo con fecha dentro de los 30 días posteriores a la solicitud (el aviso de desalojo podría ser de una compañía hipotecaria o del propietario); como último recurso, un solicitante puede proporcionar una autocertificación por escrito (la firma debe ser atestiguada por un miembro del personal de la Autoridad de Vivienda del Condado de Adams).

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE ADAMS
SOLICITUD PREVIA DE ASISTENCIA CON VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA

5. PREFERENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: Usted es una persona en el condado de Adams y usted o un miembro del hogar ha sido objeto de violencia o ha sido víctima de un miembro de la familia o del hogar, o en la residencia de la familia, en los últimos 30 días o ha sido desplazado como resultado de huir del acoso o la violencia en el hogar o actualmente vive en una situación en la que está siendo objeto de acoso o violencia en el hogar.

Marque uno: ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, proporcione una carta de referencia de Safe Home o un proveedor similar junto con el formulario de certificación de violencia doméstica HUD-5382 (adjunto).

6. PREFERENCIA DE ARRENDAMIENTO EN EL LUGAR: Actualmente vive en el condado de Adams y usará su vale de vivienda en su residencia actual.

Marque uno: ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, proporcione una copia de su contrato de arrendamiento actual y una carta de su arrendador que indique que trabajará con la vivienda.

7. DISCAPACITADOS NO ANCIANOS: El jefe de familia, cojefe o cónyuge debe ser una persona no anciana (de 18 a 61 años) que resida en el condado de Adams que tenga una discapacidad verificable y cumpla con uno o más de los siguientes criterios: (número muy limitado de vales disponibles)

- ☐ 1. Sin hogar
- ☐ 2. En riesgo de quedarse sin hogar
- ☐ 3. En riesgo de institucionalizarse
- ☐ 4. Transición fuera de un entorno institucional u otro entorno segregado

Marque uno: ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, proporcione prueba de discapacidad en forma de una carta de concesión de discapacidad del Seguro Social o certificación de un profesional médico, y prueba de falta de vivienda o riesgo de falta de hogar de un profesional experto.

8. RESIDENTE O TRABAJADOR DEL CONDADO DE ADAMS: Actualmente vive o trabaja en el condado de Adams.

Por favor, marque uno: ☐ SÍ ☐ NO Debe proporcionar prueba en forma de:

- a. **Arrendamiento:** copia del contrato de arrendamiento actual
- b. **Facturas de servicios públicos:** copia de la factura de servicios públicos actual que enumera la dirección del condado de Adams (agua, alcantarillado, electricidad, gas, cable); no se aceptan facturas de teléfonos celulares
- c. **Carta de concesión de beneficios:** copia de la carta de adjudicación actual para (seguro social, compensación por desempleo, asistencia social, que muestre su dirección en el condado de Adams.
- d. **Manutención de menores ordenada por la corte** - copia de las órdenes de manutención de menores ordenadas por la corte del condado de Adams, PA, o acuerdo(s) de custodia
- e. **Declaración de impuestos locales del condado de Adams:** copia de la declaración de impuestos locales del condado de Adams del año anterior; no aceptará declaraciones de impuestos federales o estatales
- f. **Registro(s) escolar(es):** comprobante de inscripción en una escuela ubicada en el condado de Adams, que también enumera la dirección del estudiante como ubicada en el condado de Adams
- g. **Empleo:** copia de una carta de contratación con membrete de la empresa o talones de pago que muestren prueba de empleo en el condado de Adams

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE ADAMS
SOLICITUD PREVIA DE ASISTENCIA CON VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA

Fecha	Cabeza de familia	Dirección de correo electrónico		

Teléfono celular	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Otro teléfono

Dirección (enumere la última dirección conocida si no tiene hogar)	Apropiado. #	Ciudad	Estado y código postal
Dirección postal: si es diferente a la anterior			

HOGAR: Enumere a todas las personas que vivirán en el hogar, incluidos los niños por nacer.

La información sobre el estado de discapacidad y la edad se puede utilizar para determinar la selección de la lista de espera. Ingrese información sobre todos los miembros de la familia que vivirán en el hogar.

Relación: cabeza de familia, cónyuge, codirector, pareja de hecho, hijo, hija, hijo/adulto adoptivo, asistente interno, otro adulto.

Raza: Negro/Afroamericano, Indio americano/Nativo de Alaska, Asiático, Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico, Blanco

1. Cabeza de familia (HH)						
Apellido		Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
						PROPIO
Ciudadano estadounidense ☐ Sí ☐ No	Deshabilitado ☐ Sí ☐ No	Estudiante de tiempo completo ☐ Sí ☐ No	Raza	Hispano/Latino ☐ Sí ☐ No	Seguridad social #	Registro de extranjeros #

2. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
Ciudadano estadounidense ☐ Sí ☐ No	Deshabilitado ☐ Sí ☐ No	Estudiante de tiempo completo ☐ Sí ☐ No	Raza	Hispano/Latino ☐ Sí ☐ No	Seguridad social #	Registro de extranjeros #

3. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
Ciudadano estadounidense ☐ Sí ☐ No	Deshabilitado ☐ Sí ☐ No	Estudiante de tiempo completo ☐ Sí ☐ No	Raza	Hispano/Latino ☐ Sí ☐ No	Seguridad social #	Registro de extranjeros #

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE ADAMS
SOLICITUD PREVIA DE ASISTENCIA CON VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA

4. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
Ciudadano estadounidense ☐ Sí ☐ No	Deshabilitado ☐ Sí ☐ No	Estudiante de tiempo completo ☐ Sí ☐ No	Raza	Hispano/Latino ☐ Sí ☐ No	Seguridad social #	Registro de extranjeros #

5. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
Ciudadano estadounidense ☐ Sí ☐ No	Deshabilitado ☐ Sí ☐ No	Estudiante de tiempo completo ☐ Sí ☐ No	Raza	Hispano/Latino ☐ Sí ☐ No	Seguridad social #	Registro de extranjeros #

6. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
Ciudadano estadounidense ☐ Sí ☐ No	Deshabilitado ☐ Sí ☐ No	Estudiante de tiempo completo ☐ Sí ☐ No	Raza	Hispano/Latino ☐ Sí ☐ No	Seguridad social #	Registro de extranjeros #

Proporcione información adicional sobre el hogar en una hoja de papel separada.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL HOGAR

Pregunta	Sí	No
¿Se encuentra actualmente en una institución o entorno segregado, o corre un grave riesgo de institucionalizarse?		
¿Algún miembro del hogar ha servido en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?		
En caso afirmativo, quién:		
¿Algún miembro del hogar discapacitado requiere una adaptación específica para utilizar nuestro programa?		
En caso afirmativo, quién y qué:		

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE ADAMS
SOLICITUD PREVIA DE ASISTENCIA CON VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA

¿Algún miembro del hogar está sujeto a un registro de delincuente sexual de por vida?		
¿Algún miembro del hogar ha sido condenado por ALGÚN delito (además de infracciones de tránsito)?		
En caso afirmativo, quién, qué estado y año de la infracción:		
¿Algún miembro del hogar ha sido condenado por actividad delictiva relacionada con las drogas para la fabricación o producción de metanfetamina en las instalaciones de la comunidad federal? ¿Vivienda asistida?		
En caso afirmativo, quién y dónde		
¿Algún miembro del hogar ha recibido asistencia de Adams County Housing? Autoridad, u otra Sección 8 / Vales o Vivienda Pública?		
En caso afirmativo, quién y el nombre de la agencia de vivienda		
¿Algún miembro del hogar ha sido despedido alguna vez de otra sección? 8 / ¿Vales o programa de vivienda pública?		
En caso afirmativo, quién y nombre de la agencia de vivienda:		
Fecha y motivo de la terminación:		
Enumere todos los estados donde han residido todos los miembros del hogar:		

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE ADAMS
SOLICITUD PREVIA DE ASISTENCIA CON VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA

En caso afirmativo, quién y dónde		
¿Algún miembro del hogar ha recibido asistencia de Adams County Housing? Autoridad, u otra Sección 8 / Vales o Vivienda Pública?		
En caso afirmativo, quién y el nombre de la agencia de vivienda		
¿Algún miembro del hogar ha sido despedido alguna vez de otra sección? 8 / ¿Vales o programa de vivienda pública?		
En caso afirmativo, quién y nombre de la agencia de vivienda:		
Fecha y motivo de la terminación:		
Enumere todos los estados donde han residido todos los miembros del hogar:		

INGRESO ANUAL DE LA FAMILIA : Enumere todas las fuentes de ingresos para la familia, incluidos, entre otros: salarios, asistencia social / TANF, contribuciones externas, ingresos de trabajo por cuenta propia, manutención de los hijos, desempleo, Seguro Social, SSI, etc. Proporcione información adicional en una hoja de papel separada.

Nombre del miembro del hogar	Tipo de ingresos	Importe de la cantidad bruta Ingresos por año
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
INGRESO BRUTO FAMILIAR TOTAL		\$

ACTIVOS DE LA FAMILIA Complete lo siguiente para todos los activos propiedad de un miembro del hogar, incluidos, entre otros, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, propiedades mantenidas como inversión, bonos, IRA, pólizas de seguro de vida, cuentas del mercado monetario, 401K y fondos fiduciarios. Proporcione información adicional en una hoja de papel separada.

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE ADAMS
SOLICITUD PREVIA DE ASISTENCIA CON VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA

Nombre del miembro del hogar	Tipo de activo	Valor en efectivo	Tipo de interés	Importe de los ingresos brutos por año
		\$	%	
		\$	%	
		\$	%	
		\$	%	

PARA SERVIRLE LO MEJOR QUE PODAMOS, TODOS LOS CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DE CONTACTO, LOS INGRESOS, LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y LA PREFERENCIA DEBEN INFORMARSE DE INMEDIATO.

IMPORTANTE: Lea y firme la siguiente declaración de certificación

Declaración de certificación: Certifico/certificamos que toda la información proporcionada es precisa y completa a mi leal saber y entender. He revisado / certificamos este formulario y certifico que la información mostrada es verdadera y correcta.

Acciones penales y administrativas por información falsa: Entiendo / entendemos que proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o inexacta es punible según la ley federal o estatal. Entiendo / entendemos que proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o inexacta es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda, la terminación del arrendamiento o la denegación de asistencia.

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. tipifica como delito hacer declaraciones falsas intencionales o tergiversar a cualquier Departamento de Agencia de los EE. UU. en cuanto a cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

Firma – Cabeza de familia

Fecha

Firma: cónyuge u otro adulto

Fecha

Las solicitudes completas también se pueden aceptar a través de USPS, correo electrónico, fax o entrega.

Autoridad de Vivienda del Condado de Adams
40 E. High St
Gettysburg, Pensilvania 17325

FAX: 717-338-0648

Correo electrónico: HCVadmin@adamscha.org

Teléfono: 717-334-2911



Política de no discriminación: Todas las personas serán tratadas de manera justa e igualitaria sin distinción de raza, color, religión, sexo, estado familiar, discapacidad, origen nacional o fuente de ingresos.

Información de contacto complementaria y opcional para solicitantes de vivienda asistida por HUD

SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VIVIENDA ASISTIDA POR EL GOBIERNO FEDERAL

Este formulario debe proporcionarse a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley a incluir como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, de salud, de defensa u otra. Esta información de contacto tiene el propósito de identificar a una persona u organización que pueda ayudarlo a resolver cualquier problema que pueda surgir durante su arrendamiento o para ayudarlo a brindar atención o servicios especiales que pueda necesitar. **Puede actualizar, eliminar o cambiar la información que proporciona en este formulario en cualquier momento.** No es necesario que proporcione esta información de contacto, pero si decide hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
Número de teléfono:	Número de teléfono celular:
Nombre de la persona de contacto u organización adicional:	
Dirección:	
Número de teléfono:	Número de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo de contacto: (Marque todo lo que corresponda)	
☐ Emergencia	☐ Ayudar con el proceso de recertificación
☐ No se puede contactar contigo	☐ Cambio en los términos del arrendamiento
☐ Terminación de Asistencia para el alquiler	☐ Cambio en las reglas de la casa
☐ Desahucio desde la unidad	☐ Otro: _____
☐ Retraso en el pago del alquiler	
Compromiso de la Autoridad de Vivienda o del Propietario: Si se le aprueba la vivienda, esta información se mantendrá como parte de su archivo de inquilino. Si surgen problemas durante su arrendamiento o si necesita algún servicio o atención especial, podemos comunicarnos con la persona u organización que enumeró para ayudarlo a resolver los problemas o brindarle servicios o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no se divulgará a nadie, excepto según lo permita el solicitante o la ley aplicable.	
Notificación legal: La Sección 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) requiere que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información sobre una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acepta cumplir con los requisitos de no discriminación e igualdad de oportunidades de la sección 5.105 del 24 CFR, incluidas las prohibiciones de discriminación en la admisión o participación en programas de vivienda asistidos por el gobierno federal por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y estado familiar bajo la Ley de Vivienda Justa. y la prohibición de la discriminación por edad en virtud de la Ley de Discriminación por Edad de 1975.	

☐ Marque esta casilla si decide no proporcionar la información de contacto.**Firma del solicitante****Fecha**

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario se presentaron a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) bajo la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (44 USC 3501-3520). La carga de informes públicos se estima en 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. La Sección 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (42 USC 13604) impuso a HUD la obligación de exigir a los proveedores de vivienda que participan en los programas de vivienda asistida de HUD que proporcionen a cualquier persona o familia que solicite ocupación en viviendas asistidas por HUD la opción de incluir en la solicitud de ocupación el nombre, dirección, número de teléfono, y otra información relevante de un familiar, amigo o persona asociada con una organización social, de salud, de defensa o similar. El objetivo de proporcionar dicha información es facilitar el contacto del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el inquilino para ayudar a proporcionar cualquier prestación de servicios o atención especial al inquilino y ayudar a resolver cualquier problema de arrendamiento que surja durante el arrendamiento de dicho inquilino. Esta información complementaria de la solicitud debe ser mantenida por el proveedor de vivienda y mantenida como información confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda Asistida de HUD y es voluntario. Es compatible con los requisitos legales y los controles de programas y gestión que previenen el fraude, el despilfarro y la mala gestión. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites, una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información, a menos que la recopilación muestre un número de control de la OMB actualmente válido.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recopilar toda la información (excepto el Número de Seguro Social (SSN)) que será utilizada por HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.

CERTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO, AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO

Nota de confidencialidad: Cualquier información personal que comparta en este formulario será mantenida por su proveedor de vivienda cubierto de acuerdo con las disposiciones de confidencialidad a continuación.

Propósito del formulario: Si usted es inquilino o solicitante de vivienda asistida bajo un programa de vivienda cubierto, o si está solicitando o recibiendo vivienda de transición o asistencia para el alquiler bajo un programa de vivienda cubierto, y solicita protección bajo la Ley de Violencia contra la Mujer ("VAWA"), puede usar este formulario para cumplir con la solicitud de un proveedor de vivienda cubierta de documentación escrita de su estado como "víctima". Este formulario va acompañado de un "Aviso de derechos de ocupación bajo la Ley de Violencia contra la Mujer", formulario HUD-5380.

VAWA protege a las personas y familias independientemente de la edad, el sexo o el estado civil de la víctima.

No se espera **que reclame**, documente o demuestre su condición de víctima o violencia/abuso de VAWA que no sea como se indica en el "Aviso de derechos de ocupación bajo la Ley de Violencia contra la Mujer", formulario HUD-5380.

Este formulario es **una de sus opciones disponibles** para responder a la solicitud por escrito de un proveedor de vivienda cubierto de documentación del estado de víctima o los incidentes de violencia/abuso de VAWA. Si lo desea, puede presentar uno de los tipos de documentación de terceros descritos en el formulario HUD-5380, en la sección titulada "¿Qué necesito para documentar que soy una víctima?". Su proveedor de vivienda cubierto debe darle al menos 14 días hábiles (los fines de semana y los días festivos no cuentan) para responder a su solicitud por escrito de esta documentación.

¿Se mantendrá confidencial mi información? Siempre que solicite o sobre las protecciones de VAWA, su proveedor de vivienda cubierto debe mantener estrictamente confidencial cualquier información que proporcione sobre la violencia/abuso de VAWA o el hecho de que usted (o un miembro del hogar) es víctima, incluida la información en este formulario. Esta información debe guardarse de forma segura y separada de los archivos de sus otros inquilinos. Solo puede acceder a esta información un empleado/agente de su proveedor de vivienda cubierto si (1) se requiere acceso por un motivo específico, (2) su proveedor de vivienda cubierto autoriza explícitamente el acceso de esa persona por ese motivo y (3) la autorización cumple con la ley aplicable. Esta información no se entregará a nadie más ni se colocará en una base de datos compartida con nadie más, a menos que su proveedor de vivienda cubierto (1) obtenga su permiso por escrito para hacerlo por un tiempo limitado, (2) esté obligado a hacerlo como parte de una audiencia de desalojo o terminación, o (3) esté obligado a hacerlo por ley.

Además, su proveedor de vivienda cubierto debe mantener su dirección estrictamente confidencial para garantizar que no se divulgue a una persona que cometió o amenazó con cometer violencia/abuso de VAWA contra usted (o un miembro del hogar).

¿Qué pasa si requiero esta información en un idioma que no sea inglés? Para leer esto en inglés u otro idioma, por favor

o vaya a

. Puede leer los formularios traducidos de VAWA en

https://www.hud.gov/program_offices/administration/hudclips/forms/hud5un#4. Si habla o lee en un idioma que no sea inglés, su proveedor de vivienda cubierto debe brindarle asistencia lingüística con respecto a sus protecciones de VAWA (por ejemplo, interpretación oral y/o traducción escrita).

¿Puedo solicitar una adaptación razonable? Si tiene una discapacidad, su proveedor de vivienda cubierto debe proporcionar adaptaciones razonables a las reglas, políticas, prácticas o servicios que puedan ser necesarios para permitirle beneficiarse igualmente de las protecciones de VAWA (por ejemplo, darle más tiempo para enviar documentos o asistencia para completar formularios). Puede solicitar una adaptación razonable en cualquier momento, incluso por primera vez durante un desalojo. Si un proveedor niega una adaptación razonable específica porque no es razonable, su proveedor de vivienda cubierto primero debe participar en el proceso interactivo con usted para identificar posibles adaptaciones alternativas. Su proveedor de vivienda cubierto también debe garantizar una comunicación efectiva con las personas con discapacidades.

¿Necesitas más ayuda? Para obtener información adicional sobre VAWA y para encontrar ayuda en su área, visite <https://www.hud.gov/vawa>. Para hablar con un defensor de la vivienda, comuníquese con

DEBE SER COMPLETADO POR O EN NOMBRE DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO, AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO

1. Nombre(s) de la(s) víc _____

2. Su nombre (si es diferente al de la vícti _____

3. Nombre(s) de otro(s) miembro(s) del hogar: _____

4. Nombre del perpetrador (si se conoce y se puede revelar de ma _____

5. ¿Cuál es la forma más segura de contactarlo? (Puede elegir más de uno).

Si alguna información de contacto cambia o ya no es un método de contacto seguro, notifique a su proveedor de vivienda cubierto.

☐ Teléfono Número de teléfono: _____

Seguro para recibir un mensaje de ☐ Sí ☐ No
voz:

☐ Correo electrónico Dirección _____
de correo electrónico:

☐

Seguro para recibir un ☐ Sí No
correo electrónico:

☐ Correo Dirección postal: _____

Seguro para recibir correo de su proveedor de ☐ Sí ☐ No
vivienda:

☐ Otro Por favor, e _____

6. ¿Algo más que su proveedor de vivienda deba saber para comunicarse con usted de manera segura?

Definiciones aplicables de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso:

La violencia doméstica incluye delitos graves o menores de violencia cometidos por un cónyuge o pareja íntima actual o anterior de la víctima, por una persona con la que la víctima comparte un hijo en común, por una persona que vive o ha vivido con la víctima como cónyuge o pareja íntima, por una persona en situación similar a la del cónyuge de la víctima según las leyes de violencia doméstica o familiar de la jurisdicción, o por cualquier otra persona contra una víctima adulta o juvenil que esté protegida de los actos de esa persona bajo las leyes de violencia doméstica o familiar de la jurisdicción.

El cónyuge o pareja íntima de la víctima incluye a una persona que está o ha estado en una relación social de naturaleza romántica o íntima con la víctima, según lo determinado por la duración de la relación, el tipo de relación y la frecuencia de interacción entre las personas involucradas en la relación.

La violencia en el noviazgo significa violencia cometida por una persona:

- (1) Que esté o haya estado en una relación social de carácter romántico o íntimo con la víctima; y
- (2) Cuando la existencia de tal relación se determinará sobre la base de una consideración de los siguientes factores: (i) La duración de la relación; (ii) El tipo de relación; y (iii) La frecuencia de interacción entre las personas involucradas en la relación.

Agresión sexual significa cualquier acto sexual no consensuado proscrito por la ley federal, tribal o estatal, incluso cuando la víctima carece de capacidad para dar su consentimiento.

Acecho significa participar en un curso de conducta dirigido a una persona específica que haría que una persona razonable:

- (1) Temor por la seguridad individual de la persona o la seguridad de los demás , o
- (2) Sufre una angustia emocional sustancial.

Certificación del solicitante o inquilino: Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que uno o más miembros de mi hogar son o han sido víctimas de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso como se describe en las definiciones aplicables anteriores.

Firma

Fecha

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 20 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para recopilar, revisar e informar. Los comentarios sobre la precisión de esta estimación de la carga y cualquier sugerencia para reducir esta carga pueden enviarse al Oficial de Gestión de Informes, QDAM, Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, 451 7th Street, SW, Washington, DC 20410. Los proveedores de vivienda en los programas cubiertos por VAWA pueden solicitar la certificación de que el solicitante o inquilino es víctima de violencia/abuso de VAWA. Una agencia federal no puede recopilar esta información, y no está obligado a completar este formulario, a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto actualmente válido.