



ANDREW M. CUOMO
Gobernador

Homes and Community Renewal

Programa de vales para la elección de vivienda
JAMES S. RUBIN
Comisionado/CEO

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/PARTICIPANTE

Programa de vales para la elección de vivienda (HCV) - Sección 8, de New York State Homes and Community Renewal (NYSHCR)

Este formulario debe ser completado por el Jefe de familia. Utilice el nombre legal para cada miembro de la familia. Todos los miembros adultos de la familia deben firmar este documento para certificar que la información provista es exacta y está actualizada.

N.º de registro	Nombre del jefe de familia	Dirección de correo electrónico			Fecha
Dirección		Apto. n.º	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular		Otro teléfono	

I. HOGAR: Enumere a todas las personas que vivirán en el hogar.

Relación: jefe de familia, cónyuge, pareja doméstica, co-responsable, hijo, hija, hijo/adulto sustituto, asistente conviviente, otro adulto

Raza: negro/afroamericano, nativo americano/nativo de Alaska, asiático, nativo de Hawái/otro habitante de isla del Pacífico, blanco

1. Jefe de familia						
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Relación	
						JEFE
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero
2. Miembro de la familia						
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Relación	
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero
3. Miembro de la familia						
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Relación	
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero
4. Miembro de la familia						
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Relación	
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero
5. Miembro de la familia						
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Relación	
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero



6. Miembro de la familia							
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Relación
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero	
7. Miembro de la familia							
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Relación
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero	
8. Miembro de la familia							
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Relación
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero	

Utilice el reverso de este formulario para proporcionar información adicional de los miembros de la familia.

II. INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA FAMILIA

SÍ	NO	Pregunta (Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio - toda la información debe estar completa)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de la familia ha utilizado un nombre o apellido diferente?	
		Si la respuesta es Sí:	Nombre(s) actual(es): Nombre(s) anterior(es):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguien de su familia se mudó desde el último re-evaluación?	
		Si la respuesta es Sí:	Se mudó a la casa: Se fue de la casa:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Espera que alguien se mude durante los próximos 12 meses?	
		Si la respuesta es Sí:	Se mudará a la casa: Se irá de la casa:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro adulto de la familia tiene algún hijo que está ubicado temporalmente fuera de su hogar?	
		Si la respuesta es Sí:	Nombre del o de los hijos:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia temporal o es padre/madre sustituto de algún miembro de la familia menor de 17 años?	
		Si la respuesta es Sí:	Nombre del o de los hijos:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Certifica que un miembro adulto aprobado de la familia tiene la custodia legal de cada menor de menos de 18 años mencionado en la familia?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Certifica que todos los miembros de la familia mencionados viven actualmente en el hogar?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Certifica que todas las personas que residen en la unidad se mencionan como miembros de la familia?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de la familia fue condenado por algún delito (además de infracciones de tránsito)?	
		Si la respuesta es Sí:	Quién y dónde: Detalles del delito:



SÍ	NO	Pregunta <i>Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio - toda la información debe estar completa.</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de la familia ha estado sujeto a un registro vitalicio de delinquentes sexuales?	
		Si la respuesta es Sí:	Quién: _____ Estado: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de la familia recibe alguna forma de subsidio para la vivienda (además del HCVP - Sección 8)?	
		Si la respuesta es Sí:	Quién: _____ Tipo y monto: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de la familia ha vivido en alguna vivienda asistida antes?	
		Si la respuesta es Sí:	Quién: _____ Cuándo y dónde: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de la familia ha cometido fraude en un programa de vivienda con asistencia federal y/o se le ha exigido que devuelva dinero por tergiversar a sabiendas información para recibir asistencia de vivienda?	
		Si la respuesta es Sí:	Quién: _____ Cuándo y dónde: _____

Certifico que mi familia paga los siguientes servicios públicos de acuerdo con los términos de mi arrendamiento y estos servicios son actualmente:				
<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Cocina	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Alcantarillado

III. INFORMACIÓN DE INGRESOS:

Como parte del Programa de vales para la elección de vivienda - Sección 8, debe informar todos los ingresos recibidos por todos los miembros de la familia. *Nota: NYSHCR utiliza el sistema de Verificación de ingresos empresariales (EIV) del HUD, que brinda información detallada sobre los ingresos de los miembros de las familias que participan en el programa de Vales para la elección de vivienda. Si no informa todos los ingresos familiares, puede perder su vale. Deben informarse todos los ingresos.*

Con qué frecuencia: semanal, quincenal, cada dos meses, mensual, anual

SÍ	NO	¿Alguien del hogar recibe o espera recibir ingresos de lo siguiente?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueldos, salarios, horas extra o propinas del empleo				
		Nombre del miembro de la familia	Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
		1				Sí o No
		2				Sí o No
		3				Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingresos comerciales netos por empleo independiente (incluyendo cuidado de niños, peinado, cuidado, etc.)				
		Nombre del miembro de la familia	Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
		1				Sí o No
		2				Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro social (incluye beneficios de sobreviviente y SSDI)				
		Nombre del miembro de la familia	Tipo de beneficio	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
		1			Mensual	Sí o No
		2			Mensual	Sí o No
		3			Mensual	Sí o No



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguien del hogar recibe o espera recibir ingresos de lo siguiente?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingresos de seguridad complementarios (SSI)			
Nombre del miembro de la familia		Tipo de beneficio	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
1		SSI		Mensual	Sí o No
2		SSI		Mensual	Sí o No
3		SSI		Mensual	Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rentas vitalicias, pólizas de seguros, fondos de retiro, beneficios de pensión o beneficios por discapacidad/fallecimiento			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
					Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios de veteranos			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
					Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios por desempleo			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
					Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indemnización laboral y/o por despido			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
					Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pago de las Fuerzas Armadas			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
					Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia financiera para estudiantes que es más que la matrícula - sin incluir ningún tipo de préstamo			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
					Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aportes periódicos o donaciones recibidas de organizaciones o personas que no residen en la unidad			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?	¿Se espera algún cambio?
1					Sí o No
2					Sí o No
3					Sí o No



SÍ	NO	¿Alguien del hogar recibe o espera recibir ingresos de lo siguiente?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia de bienestar (SNAP/vales de alimentos, TANF)		
Nombre del miembro de la familia		Tipo de asistencia	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?
				¿Se espera algún cambio?
1				Sí o No
2				Sí o No
3				Sí o No
4				Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pagos de pensión alimentaria		
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?
				¿Se espera algún cambio?
				Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pagos de manutención de hijos		
Nombre del miembro de la familia que recibe el pago		Nombre del niño Y número de expediente y/o nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del proveedor de la manutención de los hijos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?
				¿Se espera algún cambio?
1				Sí o No
2				Sí o No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros ingresos _____		
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico de la fuente de ingresos	Ingresos antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?
				¿Se espera algún cambio?
1				Sí o No
2				Sí o No

Utilice el reverso para indicar cualquier fuente adicional de ingresos no informados en las páginas 3-5 (SECCIÓN III). Debe informar todos los ingresos - fuente, monto y frecuencia.

IV. Activos

Como parte del Programa de vales para la elección de vivienda, debe informar todos los activos que posean todos los miembros de la familia, ya sea de propiedad total o conjunta.

Valor en efectivo: valor de mercado menos el costo de convertir el activo en efectivo, como honorarios del corredor, costos de liquidación, préstamos pendientes, sanciones por retiro anticipado, etc.

SÍ	NO	¿Alguien del hogar es el titular o posee en forma conjunta algo de lo siguiente?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros		
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del banco	Valor en efectivo	Tasa de interés
				Ingresos anuales
1				
2				



SÍ	NO	¿Alguien del hogar es el titular o posee en forma conjunta algo de lo siguiente?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta de cheques			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del banco	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales
1					
2					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta del mercado monetario			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del banco	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caja de seguridad o bienes personales/bienes personales como inversión (colecciones de piedras preciosas o monedas, arte, automóviles antiguos, etc. pero no artículos utilizados diariamente)			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bonos			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta 401(k)			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta IRA, certificado de depósito, cuenta Keogh, fondo de fideicomiso, inversión de capital			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Póliza de seguro de vida (no vida a plazo)			
Nombre del miembro de la familia		Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tasa de interés	Ingresos anuales

También debe informar cualquier activo enajenado - regalado, vendido, etc.

SÍ	NO	Pregunta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de la familia ha regalado o vendido activos por menos del valor justo de mercado en los últimos dos (2) años incluyendo efectivo, inmuebles, etc.?	
		Si la respuesta es Sí:	Quién:
			Detalles:



Sin activos

SÍ	NO	Pregunta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certifico que ningún miembro de la familia tiene algún activo de cualquier clase (ya sea de su única propiedad o de propiedad conjunta) en este momento.

V. GASTOS

Puede tener derecho a una asignación para el cuidado de niños o deducción de gastos por discapacidad en su determinación de ingresos si el gasto permite que un miembro de la familia trabaje o busque trabajo.

SÍ	NO	Pregunta		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene gastos de cuidado de niños para un niño/niños menores de trece años (13)?		
Si la respuesta es Sí:	Nombre del miembro de la familia al que se le permite trabajar/buscar trabajo	Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del Proveedor del cuidado de niños	Su costo semanal	Su costo mensual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Paga por un asistente de cuidado o equipo para un miembro de la familia con discapacidades?		
Si la respuesta es Sí:	Nombre del miembro de la familia al que se le permite trabajar/buscar trabajo	Nombre y dirección completa y número de teléfono o dirección de correo electrónico del Asistente de cuidado/proveedor de equipos	Su costo semanal	Su costo mensual

Complete esta sección solo si el jefe de estado, co-responsable, cónyuge o pareja doméstica es discapacitado o es mayor de 62 años de edad. De lo contrario, pase a la sección VI. DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

SÍ	NO	Preguntas de gastos médicos				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está recibiendo Medicare y/u otros beneficios médicos?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene una reducción de gastos de Medicaid?	Si la respuesta es Sí:	Monto:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Paga algún seguro médico?	Si la respuesta es Sí:	Monto:		¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Paga alguna factura médica pendiente? <u>No incluya información sobre afecciones médicas.</u>				
		Si la respuesta es Sí:	Monto de pago:		¿Con qué frecuencia?	Total impago:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Paga algún medicamento recetado en forma periódica? <u>No incluya nombres/tipos de medicamentos.</u>				
		Si la respuesta es Sí:	Costo:		¿Con qué frecuencia se paga?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún otro gasto médico?				
		Si la respuesta es Sí:	Tipo:		Monto:	¿Con qué frecuencia?



VI. DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Dar información veraz y completa

Certifico que toda la información provista sobre la composición familiar, ingresos, activos familiares y elementos para asignaciones y deducciones, es precisa y está completa a mi mejor saber y entender. He examinado el formulario de solicitud y el formulario de Certificación del solicitante/participante y certifico que la información mostrada es veraz y está correcta.

Información de cambios en ingresos o composición familiar

Sé que estoy obligado a informar de inmediato por escrito sobre cualquier cambio en los ingresos y cambios en el tamaño de la familia, cuando una persona se vaya a vivir a otro lugar o se mude a la unidad. Entiendo las normas con respecto a los huéspedes/visitantes y cuándo debo informar si alguien que se queda conmigo. Entiendo que NYSHCR debe aprobar a los nuevos miembros de la familia.

Información sobre asistencia previa de vivienda

Certifico que he revelado cuándo recibí alguna asistencia federal previa de vivienda y si se adeuda o no dinero. Certifico que para esta asistencia previa no cometí ningún fraude, no tergiversé a sabiendas ninguna información ni desalojé la unidad en violación del arrendamiento.

Sin residencia ni asistencia duplicada

Certifico que la casa o el apartamento será mi residencia principal y no obtendré asistencia federal de vivienda duplicada mientras esté en este programa. No viviré en ningún otro lugar sin notificar a la oficina de administración de inmediato por escrito. No subarrendaré mi residencia asistida.

Cooperación

Sé que estoy obligado a cooperar para proveer toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad, nivel de beneficio o verificar mis verdaderas circunstancias. La cooperación incluye, asistir a reuniones preprogramadas y completar y firmar los formularios necesarios. Entiendo que el no hacerlo o rehusarse a hacerlo puede provocar demoras, finalización de la asistencia o el desalojo.

Acciones penales y administrativas por información falsa

Entiendo que proveer a sabiendas información falsa, incompleta o inexacta es punible conforme a la ley penal federal o estatal. Entiendo que proveer a sabiendas información falsa, incompleta o inexacta es causal de finalización de la asistencia de vivienda, finalización de la titularidad o denegación de la asistencia. También entiendo/entendemos que puedo/podemos estar obligado/s a cancelar los pagos de asistencia de vivienda efectuados al propietario en nuestro nombre.

Firma del jefe de familia

Fecha

Firma del cónyuge (Co-responsable)

Fecha

Otro adulto

Fecha

Otro adulto

Fecha

Otro adulto

Fecha

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18, del Código de los EE. UU. considera como delito penal efectuar declaraciones falsas o tergiversaciones a cualquier Departamento de la Agencia de los EE. UU. en cuanto a cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

