

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Comunidad de apartamentos: _____
 Fecha: _____ Hora: _____ Tamaño de la habitación solicitada: _____
 Necesidades especiales: _____ Preferencia: _____ Ingreso anual: _____
 Unidad adicional: _____
 Firma del administrador de la residencia: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico

Dirección de correo postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado:

Estado civil actual: Soltero Casado Divorciado Separado

Se solicita la siguiente información para cumplir los requisitos de igualdad de oportunidades y no afectará a su vivienda:

Idioma principal: _____ ¿Necesita traducción? Sí No

¿Alguien en el grupo familiar tiene necesidades especiales? Sí No

¿Se necesitan adaptaciones especiales para la vivienda? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Incluya su nombre y el de todas las personas de su grupo familiar.

Nombre del miembro del grupo familiar	Relación (p. ej., jefe/cónyuge/dependiente)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Género
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elija no revelarlo



				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo
--	--	--	--	--

1. ¿Son usted y todos los miembros de su grupo familiar ciudadanos estadounidenses? Sí No *Si la respuesta es no, liste a los que no son ciudadanos.*
2. ¿Prevé algún cambio en el grupo familiar en los próximos 12 meses? Sí No
3. ¿Vive con usted alguien que no figure en la lista de arriba? Sí No
4. ¿Esta algún miembro del grupo familiar embarazada y se espera que el bebé por nacer resida en la unidad?
 Sí No Si la respuesta es sí, explique _____
5. ¿Prevé cambios en el número de estudiantes o en el estado de los estudiantes en los próximos 12 meses?
 Sí No
6. ¿Tiene algún miembro del grupo familiar 18 años, es estudiante de tiempo completo y trabaja? Sí NO

Liste abajo todos los miembros del grupo familiar y complete

Nombre del miembro del grupo familiar	Estado del estudiante	Nombre de la escuela
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO - <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP	

Responda lo siguiente SÓLO SI el grupo familiar está compuesto por TODOS estudiantes de TIEMPO COMPLETO

1. ¿Alguno de los estudiantes está casado y tiene derecho a presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta con su cónyuge? Sí No
2. ¿Alguno de los estudiantes recibe ayuda según el Título IV de la Ley del Seguro Social, que incluye, entre otros, TANF? Sí No
3. ¿Alguno de los estudiantes inscritos en un programa de capacitación laboral recibe ayuda según la Ley de Inversión en la Fuerza Laboral/Ley de Asociación para la Capacitación Laboral, o según las leyes federales, estatales o locales similares? Sí No



4. ¿Está el grupo familiar formado por padres solteros y sus hijos, y dichos padres no dependen de la declaración de impuestos de otra persona ni los hijos dependen de otra persona que no sea el padre/madre del niño? Sí No
5. ¿Está el grupo familiar formado por al menos un estudiante que está o estuvo en crianza temporal? Sí No

INFORMACIÓN DE CONTACTO
ACTUALIZADA PARA MIEMBROS DEL
GRUPO FAMILIAR MAYORES DE 18 AÑOS

Dé la información más actualizada de cada miembro mayor de 18 años. Los correos electrónicos deben ser exclusivos de ese miembro.

Haga clic en cada casilla para seleccionar el método de contacto preferido.

Nombre del jefe de familia:

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Correo: _____

Nombre del 2.º miembro: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del 3.º miembro: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del 4.º miembro: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del 5.º miembro: _____



Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del 6.º miembro: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR

1. ¿Tiene actualmente un vale de vivienda? Sí No
2. ¿Está en lista de espera para recibir un vale de vivienda? Sí No
3. ¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? (opcional) Sí No
4. ¿Tiene usted o algún miembro de su grupo familiar una discapacidad según la Ley de Vivienda Justa? (opcional) Sí No
5. ¿Vive actualmente usted o algún miembro de su grupo familiar en una vivienda subsidiada? Sí No
6. ¿Tiene algún animal que se mudará con usted? Sí No Si la respuesta es "sí", describalo: _____

7. ¿Han desalojado a usted o a algún miembro de su grupo familiar por falta de pago del alquiler o daños? Sí No
8. ¿Consume actualmente usted o algún miembro de su grupo familiar alguna sustancia controlada ilegal? Sí No
9. Si la respuesta a la pregunta 8 es sí, ¿ha esa persona completado con éxito un programa de recuperación de sustancias controladas o está actualmente inscrita en un programa? Sí No N/C
10. ¿Han condenado alguna vez a usted o a algún miembro de su grupo familiar por fabricación o distribución ilegal de una sustancia controlada? Sí No
11. ¿Han desalojado a usted o algún miembro de su grupo familiar de una vivienda con ayuda federal por actividades delictivas relacionadas con las drogas? Sí No
12. ¿Han condenado a usted o a algún miembro de su grupo familiar por un delito sexual o violento? Sí No
13. ¿Está usted o algún miembro de su grupo familiar obligado a registrarse como agresor sexual en algún programa estatal de registro de por vida de agresores sexuales? Sí No
14. ¿Han condenado a usted o a algún miembro de su grupo familiar por un delito grave, un delito menor o un delito relacionado con fraude o deshonestidad? Sí No Si la respuesta es sí, indique el estado, el



tipo de condena y la fecha:

15. ¿Está usted o algún miembro de su grupo familiar acusado actualmente de algún delito? Sí No
16. ¿Fue algún miembro de su grupo familiar responsable de daños intencionales a la propiedad? Sí No
17. ¿Está usted o algún miembro de su grupo familiar separado, pero no divorciado? Sí No
18. Si el solicitante o cosolicitante es menor de dieciocho (18) años, ¿ha presentado prueba de emancipación? Sí No
19. He recibido una copia y he tenido la oportunidad de leer la Política de selección de residentes. Sí No

¿Cómo se enteró de este complejo de apartamentos?

- Sitio web Periódico Volantes/folletos De un auto en movimiento Agencia de Vivienda
 Referencia del residente (Nombre _____) Otro: _____

Se solicita la siguiente información para cumplir los requisitos de igualdad de oportunidades y no afectará a su vivienda:

Idioma principal: _____ ¿Necesita traducción? Sí No

¿Alguien en el grupo familiar tiene necesidades especiales? Sí No

¿Se necesitan adaptaciones especiales para la vivienda? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

AUTOMÓVIL:

MARCA	MODELO	AÑO	NÚMERO DE MATRÍCULA

HISTORIA DE VIVIENDA

Incluya su historia de alquiler de los últimos 5 años. Incluya los lugares donde vivió con amigos, familiares u otra persona e incluya su información de contacto como propietario. Si es propietario o fue propietario de una vivienda, marque la casilla.





Brought to you by Idaho Housing and Finance Association

Revisado el 04/03/2025

CASA PROPIA

Liste todos los estados en los que ha residido o ha tenido una tarjeta de identificación o licencia para conducir en los últimos 5 años:

INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

Fuente de ingresos		Cantidad mensual	Miembro del grupo familiar
Empleo 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleo 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleo 3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleo 4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleo 5	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



Beneficios por desempleo - 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Beneficios por desempleo - 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seguridad Social / SSI - 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seguridad Social / SSI - 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seguridad Social / SSI - 3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seguridad Social / SSI - 4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión/Pago de veteranos - 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión/Pago de veteranos - 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Manutención de menores/pensión alimentaria - 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Manutención de menores/pensión alimentaria - 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
TANF / AABD - 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
TANF / AABD - 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Propiedad de alquiler	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fondos de jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Rentas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pagos de suma global	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ingresos por trabajos eventuales (DoorDash, Instacart, Uber, Lyft, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ingresos por trabajos eventuales (DoorDash, Instacart, Uber, Lyft, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otra fuente _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otra fuente _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otra fuente _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otra fuente _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otra fuente _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR

1. ¿Tiene activos de \$51,600 o más? SÍ NO
 2. ¿Ha enajenado algún activo por menos del valor justo de mercado en los últimos 2 años? SÍ NO
 3. ¿Ha recibido un reembolso de impuestos en los últimos 12 meses? SÍ NO
- Si la respuesta es sí, ¿cuánto se recibió? _____

Activo		Saldo actual	Tasa de interés	Miembro del grupo familiar





Brought to you by Idaho Housing and Finance Association

Revisado el 04/03/2025

Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Certificado de depósito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Acciones, bonos, fondos mutuos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Rentas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro de vida (completo o universal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Bienes raíces	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Activo enajenado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Tarjeta de débito prepaga/Direct Express	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Efectivo disponible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por la presente, certifico que esta información es VERDADERA y PRECISA. Entiendo que cualquier tergiversación de mi parte dará lugar a la cancelación de mi ayuda para la vivienda. También entiendo que debo informar por escrito de cualquier cambio en la información de arriba a la Oficina de Vivienda. Certifico que he leído y entendido esta información según las reglamentaciones federales de vivienda vigentes en el momento de recibir la ayuda.





Brought to you by Idaho Housing and Finance Association

Revisado el 04/03/2025

Firmando abajo, autoriza a The Housing Company a acceder a mi perfil de crédito y antecedentes penales de todos los repositorios de crédito y fuentes de datos penales. Además, autoriza a The Housing Company a comunicarse con los propietarios actuales y anteriores, referencias de créditos, empleadores y cualquier agencia de informes crediticios. Tiene derecho a solicitar un resumen por escrito de sus derechos conforme a la Ley Federal de Vivienda Justa, y una descripción completa y precisa de la naturaleza y el alcance de la investigación solicitada. Tiene derecho a disputar la exactitud de cualquier información que dé el servicio de evaluación. Puede obtener el nombre y la dirección de la empresa de evaluación comunicándose con el administrador de residentes.

Responda todas las preguntas de forma completa y firme donde se indica. Si no lo hace, se le devolverá la documentación para su posterior revisión y se retrasará el procesamiento de cualquier cambio necesario.

Jefe de familia: _____

Cónyuge/(jefe de familia): _____

Otro adulto: _____

Las firmas continúan en la siguiente página

Otro adulto: _____

Otro adulto: _____

Otro adulto: _____

Administrador de residentes: _____

PENALIZACIONES POR EL USO INDEBIDO DE ESTE CONSENTIMIENTO: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas, a sabiendas y voluntariamente, a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos. El HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado del HUD o del propietario) pueden estar sujetos a penalizaciones por revelaciones no autorizadas o uso indebido de la información recopilada con base en el formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada según este formulario de verificación está restringido a los fines citados arriba. Cualquier persona que, a sabiendas o voluntariamente, solicite, obtenga o revele cualquier información bajo falsas pretensiones sobre un solicitante o participante puede estar sujeta a un delito menor y a una multa de no más de \$5000. Cualquier solicitante o participante afectado por la revelación negligente de información puede interponer una acción civil por daños y perjuicios y buscar otra compensación, según corresponda, contra el representante o empleado del HUD o el propietario responsable de la revelación no autorizada o el uso indebido. Las disposiciones sobre penalizaciones por el uso indebido del número del Seguro Social se encuentran en la Ley del Seguro Social, en los artículos 208 (a) (6), (7) y (8). Las infracciones de estas disposiciones se consideran infracciones del título 42 del Código de los Estados Unidos, artículos 408 (a) (6), (7) y (8).

