



SOLICITUD DE VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA (VHC)

Esta solicitud es para la lista de espera de Housing Choice Voucher, un programa de asistencia de alquiler administrado por la Comisión de Desarrollo Comunitario (CDC) del Condado de Mendocino.

Esta lista está abierta y disponible solo para hogares/personas que califiquen para al menos una de las siguientes preferencias:

1. Solicitantes que han sido afectados por un **desastre natural declarado federal / estatal**, como un incendio, inundación, terremoto u otra causa natural en la que la vivienda del solicitante se volvió inhabitable en los últimos 24 meses.
2. Solicitantes que huyen o intentan huir, violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho o trata de personas Y actualmente viven en viviendas de transición administradas por una agencia de violencia doméstica.
3. Hogares que contengan un Veterano o el cónyuge sobreviviente de un Veterano de una de las fuerzas armadas regulares de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
4. Los solicitantes que se encuentran actualmente alojados y el propietario aceptarán la asistencia de alquiler del Vale de Elección de Vivienda. Se requerirá que los hogares proporcionen un contrato de arrendamiento vigente y una carta de aceptación por escrito del propietario. Esta preferencia solo se ofrecerá por un tiempo limitado.
5. Los solicitantes se refirieron a los CDC directamente de Servicios para Niños y Familias para el Programa de Unificación Familiar de los CDC.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Los solicitantes elegibles deben estar en o por debajo de los límites de ingresos que se muestran en función de en el tamaño de la familia.

Personas en familia	Límite de ingresos
1	US\$ 28,150
2	US\$ 32,150
3	US\$ 36,150
4	US\$ 40,150
5	US\$ 43,500
6	US\$ 46,600
7	US\$ 49,800
8	US\$ 53.000

HOW PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD

Las solicitudes enviadas a los CDC para individuos/hogares que no cumplan con una de las preferencias enumeradas anteriormente no serán aceptadas y devueltas al hogar por correo de primera clase.

Las solicitudes *deben* enviarse directamente a la Comisión de Desarrollo Comunitario (CDC) del condado de Mendocino en 1076 North State Street, Ukiah, CA. 95482, o enviar la solicitud por fax directamente a los CDC al (707) 463-4188, o enviar la solicitud por correo electrónico a info@cdchousing.org.

ESTADO DE DISCAPACIDAD

Un solicitante de asistencia de vivienda no será discriminado debido a una discapacidad. Los solicitantes no están obligados a revelar una discapacidad, sin embargo, los beneficios para los cuales solo las personas con discapacidades son elegibles no se pueden proporcionar a menos que el participante revele su estado de discapacidad.

¿PREGUNTAS? ¡CONTÁCTANOS, ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARTE!

Teléfono: (707) 463-5462 Ext. 101, Número de fax: (707) 463-4188

1(800) 545-5730, o

Relé TDD CA 711

Correo electrónico:

info@cdchousing.org.

Sitio web: www.cdchousing.org

Los servicios de traducción están disponibles. Llame al (707) 463-5462



Persons que requieren una adaptación debido a una discapacidad puede solicitar dicha adaptación en cualquier momento durante este proceso



EQUAL HOUSING
OPPORTUNITY

Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino

Solicitud previa del bono de elección de vivienda (página 1 de 3)

Volver a: 1076 N. State St, Ukiah CA 95482 Fax: (707) 463-4188 Teléfono: (707) 463-5462

Correo electrónico: info@cdchousing.org

NOTA: Todas las preguntas en esta solicitud DEBEN completarse, responda sí o no. Este formulario debe completarse con **tinta**. Utilice el nombre legal de cada persona que residirá en la unidad tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social. El Jefe de Hogar debe firmar esta solicitud.

Fecha: _____ Celular : Teléfono _____

Residencial: _____

Nombre: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física: _____
 Calle #/ P.O. Código postal de BoxCity State

Dirección postal: Igual que la anterior
 Calle #/ P.O. Recuadro _____
 Ciudad, Estado, Zip Code _____

Por favor, recuerde notificar a la Comisión de Desarrollo Comunitario por escrito de cualquier cambio de dirección. Si no podemos ponernos en contacto con usted por correo, su nombre será

Nombre Primero, último	Género	Ancianos: 62 +	Deshabilita do	Relación con el Jefe de Hogar	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/> N	Jefe de Hogar		
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/> N			
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/> N			
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/> N			
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/> N			

Raza / etnia: Verifique la raza y el origen étnico aplicables para el Jefe de Hogar mencionado anteriormente.

1. Raza (casilla correspondiente): Blanco, Asiático, Hawaiano nativo / Otro isleño del Pacífico,
 Negro/Afroamericano, Indio Americano/Alaskano

2. Etnia (casilla correspondiente): Hispano o Latino o No Hispano o Latino

Fuente de ingresos	Sí/No	Miembro del hogar	Ingresos mensuales
Seguro Social/SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
TANF/Bienestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Beneficios para Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Ingresos del empleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador:	\$
Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Manutención de menores/pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Intereses o dividendos devengados por activos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otras fuentes de ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

PRE-SOLICITUD DE VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA (PÁGINA 2 DE 3)

<p>PREFERENCIAS Los CDC darán preferencia en esta lista de espera a los hogares que cumplan con una o más de las preferencias identificadas a continuación. CHECK SÍ A TODAS LAS PREFERENCIAS QUE SE APLICAN. La verificación de estas preferencias se obtendrá cuando se seleccione un hogar de la lista de espera.</p>	<p align="center">MARQUE SÍ O NO A CONTINUACIÓN</p>
<p>VETERANO O CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DE UN VETERANO Los solicitantes que califiquen para esta preferencia deberán proporcionar una copia de un DD214 que muestre una baja honorable o equivalente. Para el cónyuge sobreviviente de un veterano, se requerirá un certificado de matrimonio y defunción junto con el DD214.</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>VIVIR Y/O TRABAJAR EN EL CONDADO DE MENDOCINO</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACTUALMENTE VIVEN EN VIVIENDAS DE TRANSICIÓN Los solicitantes calificarán para esta preferencia si son víctimas de violencia doméstica y actualmente residen en viviendas de transición administradas por una agencia de violencia doméstica.</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>PREFERENCIA DE EMERGENCIA POR DESASTRES NATURALES Los solicitantes calificarán para esta preferencia si han sido afectados por un desastre natural declarado federal / estatal, como un incendio, inundación, terremoto u otra causa natural en la que la vivienda del solicitante se volvió inhabitable en los últimos 24 meses y no se ha obtenido una vivienda adecuada.</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>PREFERENCIA DE DISCAPACITADOS Y PERSONAS SIN HOGAR Para calificar para esta preferencia, un solicitante debe tener AMBOS una discapacidad y cumplir con la definición de personas sin hogar. El jefe de hogar, codirector o cónyuge debe tener una discapacidad verificable y el hogar debe estar actualmente sin hogar.</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>PERSONAS DE DIECIOCHO AÑOS O MÁS CON UNA DISCAPACIDAD Los solicitantes calificarán para esta preferencia si algún miembro del hogar tiene dieciocho años o más y ese miembro cumple con la definición de discapacidad que se encuentra en 24 CFR Parte 5 subparte D 5.403 para el Programa de Vales de Elección de Vivienda.</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>PREFERENCIA DE ARRENDAMIENTO EN EL LUGAR Los solicitantes que se consideran que están alquilando en su lugar son aquellos que residen en una unidad donde el propietario aceptará la asistencia de alquiler del Vale de Elección de Vivienda. Los CDC requerirán que el solicitante proporcione un contrato de arrendamiento actual y una carta de aceptación por escrito del propietario. No marque sí a esta casilla si no es aplicable a su circunstancia.</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

¿Algún miembro del hogar con una discapacidad desea solicitar una adaptación razonable en este momento? **Sí**, ¿qué alojamiento se solicita? _____

PRESENTACIÓN PREVIA A LA APLICACIÓN DEL BONODE ELECCIÓN DE VIVIENDA (PÁGINA 3 DE 3)

Por la presente **juro y doy fe de** que toda la información proporcionada en esta solicitud por mí y sobre mí es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar cualquier cambio en los ingresos, activos y cambios en la composición familiar (agregar o eliminar miembros del hogar) a la Autoridad de Vivienda por escrito dentro de los 10 días calendario posteriores a dicho cambio. **Además, entiendo que las declaraciones falsas o la información proporcionada por mí son punibles bajo la ley federal y estatal y constituyen motivos para la denegación o terminación de la asistencia de alquiler.**

Firma del Jefe de Hogar

Fecha

Firma del cónyuge o codirector

Fecha

Firma de otro adulto

Fecha

Firma de otro adulto

Fecha