

HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF YORK  
 31 SOUTH BROAD STREET, P O BOX 1963  
 YORK, PENNSYLVANIA 17405  
 (717) 854-7846 (717) 845-9251 FAX  
 (717) 846-9157 (TDD Único)

Solamente para uso oficial

CLIENTE \_\_\_\_\_

FECHE: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**SECCION 8 /SRO SOLICITUDE**

¿Cuál Programa esta solicitando?: Sección 8 \_\_\_\_\_ SRO \_\_\_\_\_ (Dutch Kitchen/YMCA)

Nombre de Encabezado: \_\_\_\_\_ Co-Encabezado \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

DIRECCION ACTUAL \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Marque: Propietario \_\_\_\_\_ Renta \_\_\_\_\_

**ALGUN CAMBIO DEBERIA SER INFORMADO POR ESCRITO DE INMEDIATO, TODA CORRESPONENCIA DEVUELTA SERA RESULTADO DE SU RETIRO INMEDIATO DE LA LISTA DE ESPERA, SIN AVISO.**

**POR FAVOR, LISTE TODOS LOS OCUPANTES QUIENES VIVIRAN EN LA UNIDAD (INCLUYENDO ASI MISMO)**

**(Cambios de la composición de la familia deberían ser informado por escrito):**

**Por favor, selecciona código de étnico del siguiente: 1-Latino 2-No Latino**

**Por favor, selecciona la raza(s) de los siguientes 1-Caucásico 2-Negro o Afro-Americano 3-Nativo de América/Nativo de Alaska**

**4-Asiático 5-Hawaiano o otro país del Pacifico**

	Apellido	Nombre	Parentesco	Étnico	Sexo	Raza	Edad	Fecha de Nacimiento	Seguro Social #
1.			Encabezado						
2.			Co-Encabezado						
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

¿Es el encabezado o co-encabezado incapacitado?  SI  NO

¿Anticipa cambios de la composición de la familia?  SI  NO

**INGRESO DE TODA PERSONA LISTADO ARRIBA (Indique la cantidad antes deducciones):**

Número del Miembro del Hogar	Nombre del Empleador/Compañía	Dirección del Empleador/Compañía	Teléfono del Empleador/Compañía	Número de Años Empleado en la Compañía	Salario Por Hora	Horas Por Semana

**INFORMACION DEL EMPLEADORES ANTERIORES (SI LLEVA MENOS DE 12 MESES EN EL TRABAJO ACTUAL)**

Número del Miembro del Hogar	Nombre del Empleador/Compañía	Dirección del Empleador/Compañía	Teléfono del Empleador/Compañía	Fecha de Comienzo	Fecha de Salida (Ultimo día de trabajo)

Seguro Social /SSI (Ingreso Suplemental de Seguro Social) \$ \_\_\_\_\_ por Mes Miembro \_\_\_\_\_

TANF (Asistencia Publica)...\$ \_\_\_\_\_ por Mes Miembro \_\_\_\_\_

Pensión Alimenticia \$ \_\_\_\_\_ por Mes Miembro \_\_\_\_\_

Pensión.....\$ \_\_\_\_\_ por Mes Miembro \_\_\_\_\_

Otros Orígenes de Ingreso... \$ \_\_\_\_\_ por Mes Miembro \_\_\_\_\_ Origen \_\_\_\_\_

Bienes: Nombre del Banco/Unión de Crédito: \_\_\_\_\_ Cuenta de Cheque \$ \_\_\_\_\_

Ahorros \$ \_\_\_\_\_ Acciones \$ \_\_\_\_\_ Bonos \$ \_\_\_\_\_ Bien Raíz \$ \_\_\_\_\_ Otras Inversiones \$ \_\_\_\_\_

HOUSEHOLD SIZE	1	2	3	4	5	6	7	8
Annual Gross Income	\$22,800	\$26,050	\$29,300	\$32,550	\$35,150	\$37,750	\$40,350	\$42,950
SRO	\$22,800							

¿Hay algún miembro del hogar quien esta INCAPACITADO requiere una unidad con características distintivos como: impedimento de AUDICIÓN/VISUAL, MOVILIDAD, o ACOMODACIONES DE SILLA DE RUEDA?

- \_\_\_\_\_ Yo requiero una unidad con características distintivos de impedimento visual.
- \_\_\_\_\_ Yo requiero una unidad con características distintivos de impedimento audición.
- \_\_\_\_\_ Yo requiero una unidad con características distintivos de impedimento visual/audición.
- \_\_\_\_\_ Yo requiero una unidad con características distintivos de impedimento de movilidad. Explique \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Yo requiero una unidad con características distintivos de silla de rueda. Explique \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ OTRO. (Por Favor, explique) \_\_\_\_\_

¿Si la persona quien necesita una unidad, con característica distintivo y no es el encabezado, quien es el miembro del hogar? \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL**

1. ¿Hay algún miembro del hogar, de edades de 18 o mayor, un estudiante de tiempo completo?
  - Si  No Por favor, indique el nombre y dirección de la escuela \_\_\_\_\_
2. ¿Ha sido usted o algún otro miembro del hogar alguna vez:
  - A. un inquilino con la Autoridad de Vivienda de la ciudad de York:  SI  NO
  - B. un participante con el Programa de Sección 8 de la Autoridad de Vivienda de York  SI  NO
  - C. un participante con el Programa de Sección 8 o residente de otra Autoridad de Vivienda  Si  NO  
 Por Favor, indique el nombre y dirección de la Autoridad de Vivienda. \_\_\_\_\_
3. ¿Ha sido usted alguna vez expulsado de una unidad de una Autoridad de Vivienda?  SI  NO  
 Si contesta SI, indique el año \_\_\_\_\_ la razón \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido usted, o algún miembro del hogar, alguna vez acusado de algún crimen? (solo omite violaciones de tráfico menores, DUI es un crimen)  SI  NO
5. ¿Ha sido usted, o algún miembro del hogar, liberado de una cárcel en los últimos cinco años? Por favor, indique la razón por la cual estuvo encarcelado, si su respuesta es SI.  SI  NO  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
6. ¿Esta usted, o algún miembro del hogar, acusado por algún crimen el cual no ha sido absuelto en el cual aun no ha sido declarado culpable, un juicio, o los cargos han sido retirados?  SI  NO
7. ¿Ha sido usted, o algún miembro del hogar, acusado de alguna actividad relacionada con abuso de bebidas alcohólicas?  SI  NO

8. ¿Esta usted, o algún miembro del hogar, actualmente sujeto a un delito sexual de por vida, bajo registro del estado del gobierno por delitos sexuales?  SI  NO Indique el estado en cual ocurrió \_\_\_\_\_  
Si la contesta es SI a las preguntas 4, 5, 6, 7 y 8, por favor, explique el motivo del delito. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y cuando ocurrió \_\_\_\_\_
9. ¿Si usted vive fuera del municipio de York, actualmente esta trabajando en el municipio de York?  SI  NO
10. ¿Si usted esta solicitando para el Programa de SRO (Dutch Kitchen o YMCA), esta sin hogar?  SI  NO

Yo entiendo que toda la información escrita arriba es requerida para determinar mi elegibilidad para obtener residencia. Yo certifico que mis respuestas a las preguntas mencionadas arriba son verdaderas y completadas según lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que si declaro falsas afirmaciones en esta solicitud estaré sujeto a rechazo o termino inmediato del contrato. Yo autorizo a la Autoridad de Vivienda de York que verifiquen la información proveída arriba, y otorgo permiso de obtener la información necesaria para determinar mi elegibilidad.

Algún cambio debería ser informado por escrito de inmediato, todo correo devuelta será resultado de su retiro inmediato de la lista de espera. Inicial \_\_\_\_\_.

Autorizo a la Autoridad de Vivienda obtener cualquier información de antecedentes penales, procedimientos de cargos pendientes o convicciones previas de algún crimen en cualquier tribunal o jurisdicción.

Firma de encabezado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de co-encabezado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**APLICACIONES NO SERAN ACEPTADAS A TRAVES DE UN FASCIMIL (FAX) – DEBEN SER ENVIADAS A TRAVES DEL CORREO O ENTREGADAS PERSONALMENTE A NUESTRA OFICINA LOCALIZADA EN EL 31 SOUTH BROAD STREET, YORK, PENNSYLVANIA 17403.**

Le exortamos a contactarnos con respecto a alguna pregunta sobre la administración del programa. Si no podemos contestarle su pregunta o preocupación, usted puede contactar al Centro de Recursos e Información de Vivienda Pública (HUD) al 1-800-955-2232.