

**DECLARACIÓN DE CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Y EN LOS INGRESOS**

Utilice este formulario para reportar cualquier cambio en la composición de su grupo familiar, ingresos o bienes desde que presentó su solicitud de subsidio de alquiler. Si quiere agregar a alguien mayor de 18 años, se examinará de por vida a dicha persona en el registro de agresores sexuales. Si necesita formularios adicionales de Preservación y Desarrollo de Vivienda (HPD) de acuerdo con sus respuestas de abajo, puede encontrarlos en nuestro sitio web: [www.nyc.gov/hpd/dtr-forms](http://www.nyc.gov/hpd/dtr-forms). Presente esto junto con información adicional usando los datos de contacto que figuran en la parte inferior de la página.

¿Está pidiendo **agregar a una persona** a su grupo familiar?

No  Sí (Complete las **partes A, C y D** con el nuevo miembro).

¿Está pidiendo **remover una persona** de su grupo familiar?

No  Sí (Complete las **partes B y D**.)

¿Está reportando los **ingresos o bienes** de un nuevo miembro del grupo familiar o cambios dentro del grupo familiar existente?

No  Sí (Complete las **partes C y D** con el nuevo miembro o persona reportando los cambios).

**PARTE A: SOLICITUD PARA AGREGAR UNA PERSONA AL GRUPO FAMILIAR**

NOMBRE DEL NUEVO MIEMBRO		RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA
1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del nuevo miembro?		Presente: el certificado de nacimiento o la ID emitida por el Gobierno/documentación con la fecha de nacimiento (DOB).
2. ¿Cuál es el Número de Seguro Social?		Presente: la tarjeta del Seguro Social o una carta de beneficios; el formulario 1099 del IRS; identificación expedida por el Gobierno/documentación con número.
3. ¿Es el nuevo miembro discapacitado?	No	
	Sí	Si no recibe SSI, presente el formulario 3: Verificación de discapacidad.
4. ¿Es el nuevo miembro un estudiante?	No	
	Sí	Si es mayor de 18 años, presente el formulario 8: Verificación del estado de estudiante.
5. ¿Es el nuevo miembro inmigrante o ciudadano elegible?	Ciudadano americano	Presente: el certificado de nacimiento, pasaporte o los documentos de naturalización.
	No es ciudadano americano y tiene estado de residente legal (* firmar la página 2)	Presente: tarjeta de residencia permanente (I-551); registro de llegadas/salidas (I-94); tarjeta de residencia temporal (I-688); tarjeta de autorización de empleo (I-688B); o Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA) (I-360, I-330 o I-797).
	Eligen no declarar su estado migratorio	Si no declaran el estado migratorio, el subsidio se basará en el número de ciudadanos elegibles y residentes legales.
6. ¿Está empleado el nuevo miembro?	No	
	Sí	Complete la <b>parte C</b> de este formulario y presente un comprobante de ingresos (recibos de pago o formulario de verificación del salario).
7. ¿Tiene el nuevo miembro otros ingresos que no provienen del empleo?	No	
	Sí	Complete la <b>parte C</b> de este formulario y presente un comprobante de ingresos (cartas de beneficios u otra documentación).
8. ¿Tiene bienes el nuevo miembro?	No	
	Sí	Complete la <b>parte C</b> de este formulario y presente un comprobante de los bienes (extractos bancarios, etc.).
9. ¿Es el nuevo miembro menor de 18 años?	No	
	Sí	Si ninguno de los padres biológico está en el grupo familiar, presente los documentos de tutela legal o una carta de un proveedor de servicios sociales que indique que el menor reside de forma permanente con el cabeza de familia.
10. ¿Tiene el nuevo miembro 18 años o más?	No	
	Sí	Presente: formulario 1 del HPD: Autorización para la revelación de información y formulario 11: deudas con agencias públicas de vivienda y despidos.
11. ¿Ha sido el nuevo miembro condenado por fabricar o producir metanfetamina en una vivienda con asistencia federal?		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>

**PARTE B: SOLICITUD PARA REMOVER A UNA PERSONA DEL GRUPO FAMILIAR**

NOMBRE DEL MIEMBRO PARA REMOVER	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
---------------------------------	-------------------------

Motivos para remover al miembro del grupo familiar mencionado arriba:

Fallecimiento: fecha \_\_\_\_\_ (el HPD verificará con la Administración del Seguro Social)

Incluyo una copia del Acta de defunción.

El miembro del grupo familiar se mudó o no seguirá en el grupo familiar cuando empiece el subsidio de la Sección 8.

Incluyo pruebas de su nueva dirección, como un contrato de alquiler o una factura de servicios públicos con la nueva dirección.

No puedo dar pruebas de su nueva dirección, y abajo está mi explicación de por qué no puedo hacerlo (obligatorio):

## DECLARACIÓN DE CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Y EN LOS INGRESOS

### PARTE C: DECLARACIÓN DE INGRESOS Y BIENES

**Complete el cuadro de ingresos abajo** si está agregando nuevos miembros al grupo familiar o se reportan cambios para los miembros existentes. Presente documentación al HPD por cualquier ingreso nuevo (p. ej., recibos de pago) o finalización de los ingresos (p. ej., carta de despido).

**Fuentes de los ingresos:** Marque Empleo (incluyendo el autónomo o temporal) u Otro y escriba la fuente (Seguro Social/SSI; Asistencia Pública; cupones para comida; manutención de los hijos; pensión alimenticia; discapacidad; desempleo; compensación del trabajador; pensión/jubilación; paga de veterano; ayuda financiera o beca; ingresos inmobiliarios/de alquiler; y ayuda financiera de personas ajenas al grupo familiar).

MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Ingresos nuevos/actualizados Fecha de inicio: Finalización de los ingresos Fecha de finalización:	FUENTE DE LOS INGRESOS Empleo    Otros: _____	SALARIO POR HORA: \$ _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: _____ SUELDO PROMEDIO ANTES DE IMPUESTOS: \$ _____ POR:    Semana    Mes    Año
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Ingresos nuevos/actualizados Fecha de inicio: Finalización de los ingresos Fecha de finalización:	FUENTE DE LOS INGRESOS Empleo    Otros: _____	SALARIO POR HORA: \$ _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: _____ SUELDO PROMEDIO ANTES DE IMPUESTOS: \$ _____ POR:    Semana    Mes    Año
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Ingresos nuevos/actualizados Fecha de inicio: Finalización de los ingresos Fecha de finalización:	FUENTE DE LOS INGRESOS Empleo    Otros: _____	SALARIO POR HORA: \$ _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: _____ SUELDO PROMEDIO ANTES DE IMPUESTOS: \$ _____ POR:    Semana    Mes    Año
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Ingresos nuevos/actualizados Fecha de inicio: Finalización de los ingresos Fecha de finalización:	FUENTE DE LOS INGRESOS Empleo    Otros: _____	SALARIO POR HORA: \$ _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: _____ SUELDO PROMEDIO ANTES DE IMPUESTOS: \$ _____ POR:    Semana    Mes    Año
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Ingresos nuevos/actualizados Fecha de inicio: Finalización de los ingresos Fecha de finalización:	FUENTE DE LOS INGRESOS Empleo    Otros: _____	SALARIO POR HORA: \$ _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: _____ SUELDO PROMEDIO ANTES DE IMPUESTOS: \$ _____ POR:    Semana    Mes    Año

**Complete el cuadro de bienes abajo** si está agregando nuevo miembros al grupo familiar o se reportan cambios para los miembros existentes. Presente documentación por cada cuenta que está agregando o eliminando.

**Los tipos de bienes incluyen:** cuentas de ahorros, corrientes y de jubilación; certificados de depósitos (CD); mercado monetario/fondos de inversión; pólizas del seguro de vida; bienes raíces (bienes de propiedad); y acciones/bonos.

MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Bien agregado/actualizado  Bien eliminado	TIPO DE BIEN E INSTITUCIÓN	NÚMERO DE CUENTA	VALOR \$
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Bien agregado/actualizado  Bien eliminado	TIPO DE BIEN E INSTITUCIÓN	NÚMERO DE CUENTA	VALOR \$
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Bien agregado/actualizado  Bien eliminado	TIPO DE BIEN E INSTITUCIÓN	NÚMERO DE CUENTA	VALOR \$
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Bien agregado/actualizado  Bien eliminado	TIPO DE BIEN E INSTITUCIÓN	NÚMERO DE CUENTA	VALOR \$
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	Bien agregado/actualizado  Bien eliminado	TIPO DE BIEN E INSTITUCIÓN	NÚMERO DE CUENTA	VALOR \$

### PARTE D: CERTIFICACIÓN

Como solicitante del programa de subsidio de alquiler del HPD, certifico bajo pena de perjurio lo siguiente:

- Comprendo que cualquier declaración de los ingresos se verificará utilizando los registros apropiados del gobierno, del beneficio o de otro tipo.
- Daré de inmediato las pruebas de ingresos, bienes y gastos requeridas que pidan la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYCHA) o el HPD como parte del proceso de verificación.
- Si no colaboro con el proceso de verificación según se solicite, mi participación en el programa se verá afectada. Esto incluye la devolución de la ayuda al alquiler recibida y la terminación del programa del HPD.
- Al completar el proceso de verificación, mi parte del alquiler puede ajustarse por cualquier ingreso, activo o gasto mal declarado. Además, es posible que me pidan que reembolse cualquier exceso en el pago de la asistencia al alquiler que se dé por declaración errónea.
- Autorizo a HPD o a NYCHA a comunicarse con el trabajador de casos de la agencia que me refirió para que me ayude a completar el proceso de verificación.

Certifico que todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y están completas.

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA	IMPRIMIR O ESCRIBIR	FECHA
---------------------------	---------------------	-------

Si respondió a la pregunta 5 de la página 1 con “No es ciudadano americano, pero tiene estado de residente legal”, el nuevo miembro debe firmar abajo:

Doy consentimiento al HPD a verificar de manera independiente el estado migratorio de los nuevos miembros del grupo familiar (según la parte A de este formulario) con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).

FIRMA DEL NUEVO MIEMBRO (O TUTOR LEGAL SI ES MENOR DE 18 AÑOS)	FECHA
--	-------