

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

Use este formulario para reportar cualquier cambio en la composición de su grupo familiar, ingresos o bienes desde que presentó su solicitud para el Bono de Vivienda de Emergencia (EHV). 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 **quitar a 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 CABEZA DE FAMILIA
1. ¿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. ¿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 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  No es ciudadano americano y tiene estado de residente legal (* firmar la página 2)  Eligen no declarar su estado migratorio	Presente: el certificado de nacimiento, pasaporte o los documentos de naturalización.  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).  Si no declaran el estado migratorio, el subsidio se basará en el número de ciudadanos elegibles y residentes legales.
6. ¿Tiene empleo 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 provengan 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 progenitores 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 Sí	No Sí

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

NOMBRE DEL MIEMBRO QUE SE QUITARÁ	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Motivos para quitar al miembro del grupo familiar mencionado arriba:

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

Incluyo una copia del certificado de fallecimiento.

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 DE EHV**

**PARTE C: DECLARACIÓN DE INGRESOS Y BIENES**

Complete el cuadro de ingresos abajo si se añaden 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 se añaden nuevos miembros al grupo familiar o se reportan cambios para los miembros existentes. Presente documentación por cada cuenta que añada o quite.

**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 EHV, 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 EHV.
- Una vez que el proceso de verificación esté completado, mi parte del alquiler puede ajustarse por cualquier ingreso, activo o gasto mal declarado. Además, es posible que me pidan que devuelva cualquier exceso en el pago de la asistencia al alquiler que se dé por declaración errónea.
- Autorizo al HPD o a la NYCHA a comunicarse con el trabajador de casos de la agencia que me remitió 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 CABEZA 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
--	-------