

Devuelva el paquete debidamente completado a:
NYC Dept. of Housing Preservation and Development
Division of Tenant Resources (DTR)
Project-Based Programs Unit
100 Gold Street, Room 4N
New York, NY 10038



Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

Oficina de Operaciones
de Vivienda
DIVISIÓN DE RECURSOS
PARA INQUILINOS

PAQUETE DE RECERTIFICACIÓN DE SUBSIDIO PARA ALQUILER

(Para: Vales de elección de vivienda, Vales Basados en Proyectos, Shelter Plus Care y MOD SRO Rehab)

Nombre del titular del
contrato de alquiler:

Nombre del administrador de casos

Dirección:

El paquete completo se entrega el o antes del
(los paquetes que se entreguen tarde pueden tener
como consecuencia la rescisión del arrendamiento):

Estimado/a participante del subsidio para alquiler:

Como participante del programa de Subsidio para alquiler del Departamento de Preservación y Desarrollo de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Housing Preservation and Development's, HPD), las reglamentaciones federales exigen que se recertifique anualmente para continuar recibiendo la ayuda. Le pedimos que:

- ☐ Lea y complete la parte de arriba de cada página de este paquete.
- ☐ Complete la parte "Resumen del núcleo familiar participante en el subsidio para alquiler".
- ☐ Pida que todos los miembros de su núcleo familiar que sean mayores de 18 años firmen esto:
 - ☐ "Autorización para revelar información" (Formulario 1)
 - ☐ "Deudas con agencias de vivienda pública y rescisiones de arrendamientos" (Formulario 10)
- ☐ Complete todos los formularios que se apliquen a su núcleo familiar (Formularios 2-10).
- ☐ Lea y complete la lista de comprobación de la recertificación para asegurarse de que haya incluido todos los documentos necesarios.
- ☐ Lea, firme y escriba la fecha en la declaración de certificación abajo.
- ☐ Haga una copia de este paquete para su expediente. Si necesita más copias de cualquier formulario, haga copias u obtenga copias para imprimir en la siguiente dirección web: <https://www.nyc.gov/hpd/dtr-forms>.
- ☐ Envíe el paquete de recertificación al HPD:
 - ☐ En línea por medio del portal de carga segura de documentos del HPD: <https://a806-asap.nyc.gov/HPDPortal/> ; Por correo electrónico cifrado a DTRAI@hpd.nyc.gov ; Por fax al 212.863.5299

Si tiene una discapacidad y necesita una adaptación razonable, puede solicitar una adaptación visitando nuestro sitio web <https://www.nyc.gov/hpd/dtr-forms> y enviando un formulario o llamando a 917-286-4300.

¿Lo ayudó alguien que no es empleado del HPD a completar este paquete de recertificación?

Nombre _____
Relación con usted _____
Teléfono _____
Dirección _____
Correo electrónico _____

¿Necesita ayuda?

Llame al HPD al 917-286-4300. Para obtener más información sobre las políticas de la Sección 8 de HCV del HPD, consulte el Plan Administrativo del HPD en http://www.nyc.gov/html/hpd/html/tenants/section_8.shtml.

Declaración de certificación: titular del contrato de alquiler, lea, firme y escriba la fecha abajo.

Leí los formularios y las instrucciones adjuntos de la recertificación anual para el subsidio para alquiler del HPD. Completé mi certificación con la información más actualizada de los ingresos, bienes y composición familiar de mi núcleo familiar. Entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará según la ley federal y puede tener como consecuencia la rescisión de mi participación en el programa de Subsidio para alquiler. Además, entiendo que el HPD verificará la información de mis ingresos con un tercero, como la base de datos de Verificación de ingresos empresariales.

Firma del titular del contrato de alquiler (obligatoria)

Fecha del día (obligatoria)



Impreso en papel que contiene 30 % de material reciclado.

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

RESUMEN DEL NÚCLEO FAMILIAR PARTICIPANTE DEL SUBSIDIO PARA ALQUILER

¿Necesita ayuda en algún otro idioma aparte de inglés? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, mencione el idioma: _____

Escriba abajo toda la información que se le pide. Entregue la documentación de respaldo descrita en cada sección.

ESTE FORMULARIO LO DEBE COMPLETAR EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER.

El titular del contrato de alquiler es responsable de toda la información reportada en nombre de los miembros del núcleo familiar.

Número de Seguro Social	Apellido			Primer nombre	Teléfonos durante el día
Dirección	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico

MIEMBROS DE LA FAMILIA

La composición del núcleo familiar debe verificarse en cada recertificación y durante el año, si cambia. Mencione a todos los miembros del núcleo familiar abajo y escriba la información que se le pide. Si hay algún cambio en el núcleo familiar desde la última recertificación anual, entregue al HPD la documentación de respaldo.

Si algún miembro del núcleo familiar se mudó o falleció, complete la "Solicitud para quitar a un miembro del núcleo familiar" (Formulario 3). Si quiere pedir que se agregue a un miembro del núcleo familiar, complete la "Solicitud para agregar a un miembro del núcleo familiar" (formulario 2).

NOMBRES Y APELLIDOS	ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANÍA	¿TIENE ESTA PERSONA UNA DISCAPACIDAD?
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Todos los ingresos de cada miembro del núcleo familiar se deben reportar y verificar en cada recertificación. Escriba abajo todos los ingresos del núcleo familiar y presente al HPD la documentación de respaldo (como recibos de pago de salario) para todos los ingresos, **incluyendo los del empleo, pensiones, beneficios del gobierno, manutención de menores**, y todos los tipos de ingresos mencionados en el formulario "¿Qué son ingresos?". Si los ingresos son del empleo, complete la "Verificación de salarios" (Formulario 4).

NOMBRES Y APELLIDOS	DESCRIPCIÓN DE LOS INGRESOS	FRECUENCIA (por ejemplo: semanal, mensual)	CANTIDAD	INGRESOS ANUALES (si lo sabe; si no, déjelo en blanco)

**CUENTAS BANCARIAS DEL NÚCLEO FAMILIAR, CUENTAS FINANCIERAS
EN LÍNEA Y OTROS BIENES (APARTE DE BIENES INMUEBLES)**

Todos los bienes del núcleo familiar deben reportarse en cada rectificación. Escriba todos los bienes de todos los miembros del núcleo familiar, junto con la documentación de respaldo según se mencionan en la "Verificación de bienes" (Formulario 5).

Si ya no tiene un bien que haya reportado antes al HPD, presente documentación, como una declaración de cierre o una carta de traspaso de su banco. Si deja esta sección totalmente en blanco, estará declarando al HPD que su núcleo familiar no tiene bienes.

Para obtener una lista de las distintas fuentes de bienes, consulte el formulario "¿Qué es un bien?" abajo.

NOMBRES Y APELLIDOS	Descripción de la cuenta o tipo de bien/número de cuenta (si corresponde)	CANTIDAD	INGRESOS PREVISTOS (por ejemplo, interés)





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

BIENES INMUEBLES

Los núcleos familiares deben reportar la titularidad de cualquier bien inmueble en toda recertificación. Enumere todas las propiedades en las que una familia tiene interés de titularidad y complete el formulario Declaración de bienes inmuebles que puede encontrar en (<https://www.nyc.gov/site/hpd/services-and-information/section-8.page>).

¿Es alguna propiedad una cooperativa (Co-op)?

☐ Sí

☐ No

¿Cobra alquiler de esta propiedad?

☐ Sí

☐ No

¿Es alguna de las propiedades que tiene su residencia principal?

☐ Sí

☐ No

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS DE LOS BIENES	DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD	VALOR DE LA PROPIEDAD	INGRESOS PREVISTOS (por ejemplo, ingresos por alquiler)

SI VENDIÓ O ABANDONÓ BIENES DESDE SU INGRESO EN EL PROGRAMA O DESDE SU ÚLTIMA CERTIFICACIÓN, COMPLETE LA SECCIÓN DE ABAJO: INGRESOS POR VENTA

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS DE LOS BIENES	DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD	PRECIO DE VENTA	GANANCIA OBTENIDA





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

GASTOS MÉDICOS

Si el titular del contrato de alquiler o el cónyuge es mayor de 62 años o tiene una discapacidad documentada, puede declarar los gastos médicos no reembolsados actuales y previstos, tanto periódicos como de una sola vez, desde su última recertificación anual completando la "Declaración de gastos médicos y de farmacia no reembolsados" (Formulario 6) y presentando documentación de respaldo, incluyendo constancia de pago. Complete este formulario incluso si sus gastos no han cambiado. Enumere abajo cualquier gasto médico calificado y entregue al HPD la documentación de respaldo.

NOMBRE COMPLETO DEL FAMILIAR	DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS	CANTIDAD ANUAL

GASTOS POR DISCAPACIDAD

Si usted o un miembro del núcleo familiar tiene una discapacidad documentada, puede declarar gastos por discapacidad no reembolsados actuales y previstos, tanto periódicos como de una sola vez, desde su última recertificación anual completando la "Declaración de gastos por discapacidad no reembolsados" (Formulario 7). Complete este formulario incluso si sus gastos no han cambiado. Enumere abajo cualquier gasto por discapacidad calificado y entregue al HPD documentación de respaldo.

NOMBRE COMPLETO DEL FAMILIAR	DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS	CANTIDAD ANUAL





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

GASTOS DE CUIDADO INFANTIL

Si tiene gastos por cuidado infantil no reembolsados actuales y previstos, tanto periódicos como de una sola vez desde su última recertificación anual, consulte el formulario "Verificación de gastos de cuidado infantil" (Formulario 9) para saber si califica para esta deducción. Complete este formulario incluso si sus gastos no han cambiado. Enumere abajo cualquier gasto por cuidado infantil calificado y entregue al HPD la documentación de respaldo.

NOMBRE COMPLETO DEL MENOR	CANTIDAD ANUAL

SUBSIDIO POR SERVICIOS PÚBLICOS

El subsidio por servicios públicos debe verificarse en cada recertificación. Si alguna de la información de abajo es incorrecta, presente al HPD una factura de los servicios públicos.

SERVICIO PÚBLICO	PAGADO POR EL PROPIETARIO (sí o no)	PAGADO POR EL INQUILINO (sí o no)
Gas		
Electricidad		
Calefacción y agua caliente		

¿Está registrado algún miembro adulto del núcleo familiar como agresor sexual de por vida desde que comenzó la ayuda de Vivienda con subsidio para alquiler en HPD? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, es necesario que mencione el nombre del miembro del núcleo familiar: _____





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 1. AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN/AVISO SOBRE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD

El titular del contrato de alquiler y todos los miembros de la familia mayores de 18 años deberán firmar un formulario de consentimiento de acuerdo con la ley federal (título 42, sección 3544 del U.S.C.) y con la reglamentación del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los Estados Unidos (título 24, sección 5.230 del CFR). No firmar este formulario de consentimiento puede tener como consecuencia la denegación de la elegibilidad del núcleo familiar o la rescisión del subsidio del núcleo familiar.

Este consentimiento autoriza al HUD o al HPD a obtener información directamente de fuentes de terceros para verificar los ingresos, el valor de los bienes, los gastos relacionados con las deducciones de los ingresos (incluyendo gastos médicos, farmacéuticos y de guardería), la información sobre la composición familiar y los datos relacionados de cada miembro del núcleo familiar. El HUD y el HPD usarán la información recibida para determinar si su familia es elegible para recibir beneficios de Subsidio para alquiler y para asegurarse de que estos beneficios se fijen en el nivel correcto.

CADA MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR MAYOR DE 18 AÑOS DEBERÁ COMPLETAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO.

Para poder completar o verificar una solicitud de participación y para mantener la asistencia continua en el programa de Subsidio para alquiler, este formulario de consentimiento autoriza revelar la información necesaria que le permita al HUD y al HPD obtener:

1. Información de las Agencias Estatales de Recopilación de Información de Salarios (State Wage Information Collection Agencies [SWICA], como el Departamento de Trabajo [Labor Department]).
2. Información sobre sueldos e ingresos salariales de empleadores previos o actuales e información de ingresos no salariales (como pago de intereses por dividendos) de bancos u otras instituciones financieras.
3. Esta información como, entre otros:
 - Ingresos de fondos de pensión públicos o privados, subsidio de desempleo, ingresos por compensación de los trabajadores, pagos por discapacidad, salarios por servicio en las Fuerzas Armadas, pensión alimenticia, manutención de menores y aportaciones privadas; información relacionada con la verificación de la asistencia a la escuela y la recepción de becas financieras de entidades, agencias de crédito o agencias gubernamentales, incluyendo, entre otros:
 - La Administración de Recursos Humanos de NYC, la Oficina de Administración de Nóminas de NYC, el Departamento de Finanzas (Department of Finance) de NYC, el Departamento de Salud y Salud Mental (Department of Health and Mental Hygiene) de NYC, la Oficina del Secretario de NYC, el Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles) de NYS, los Tribunales y la Oficina de Administración de Tribunales del NYS, el Departamento de Trabajo (Department of Labor) de NYS y el Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs) de EE. UU.
4. Información de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) para verificar los números del Seguro Social y la información de los ingresos.
5. Información sobre declaración de impuestos de la Dirección de la Renta Interna (IRS).

La autorización para revelar información que se especifica en este formulario de consentimiento vence 15 meses después de la fecha en que se firma. Las fotocopias de este formulario de consentimiento tendrán la misma validez que el original.

CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para autorizar al HUD y al HPD a que soliciten y obtengan información de los ingresos de las fuentes que se mencionan en este formulario para verificar mi elegibilidad y determinar mi nivel de beneficios según los programas de vivienda asistida del HUD. Entiendo que el HPD no usará la información obtenida por medio de este consentimiento para rechazar, reducir o cancelar la asistencia sin primero haber verificado, de manera independiente, la exactitud de esta información. Además, deben darme la oportunidad de impugnar esas determinaciones.

NOMBRES EN LETRA DE MOLDE DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MAYORES DE 18 AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FIRMA	FECHA

AVISO SOBRE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD: Autoridad: El HUD está autorizado a recopilar esta información de acuerdo con la Ley de Vivienda de 1937 de los EE. UU. (título 42, sección 1437 y siguientes del U.S.C.), título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (título 42, sección 2000d del U.S.C.) y la Ley de Vivienda Equitativa (título 42, secciones 3601-19 del U.S.C.). La Ley de Vivienda y Desarrollo de la Comunidad de 1987 (título 42, sección 3543 del U.S.C.) exige que los solicitantes y participantes presenten el número de Seguro Social de cada miembro del núcleo familiar. Propósito: la información de sus ingresos y otra información recopilada por el HUD y el HPD se usa para determinar su elegibilidad para la asistencia de Subsidio para alquiler, el tamaño de habitación adecuado de su vale y la cantidad que pagará su familia por el alquiler y los servicios públicos. Otros usos: el HPD usa la información de sus ingresos familiares y otra información para ayudar a administrar y monitorear los programas de vivienda asistida del HUD, para proteger los intereses económicos del gobierno, y para verificar la exactitud de la información que usted da. Esta información podría revelarse a los organismos federales, estatales y locales pertinentes, cuando corresponda, y a investigadores o fiscales civiles, penales o regulatorios. Sin embargo, la información no se revelará ni publicará fuera del HUD ni del HPD, a menos que la ley lo permita o lo exija. Penalización: usted debe dar toda la información solicitada por el HPD, incluyendo todos los números de Seguro Social que usted y todos los demás miembros del núcleo familiar mayores de seis años tengan y usen. Dar los números de Seguro Social de todos los miembros del núcleo familiar es obligatorio, y no hacerlo afectará su elegibilidad. No dar cualquier dato de la información solicitada puede tener como consecuencia el retraso o la denegación de la aprobación de su elegibilidad.



Impreso en papel que contiene 30 % de material reciclado.

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 2. SOLICITUD PARA AGREGAR A UN MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR

Complete este formulario para declarar cualquier incorporación a su núcleo familiar por nacimiento, adopción, matrimonio o pareja de hecho, o si quiere solicitar que se agregue a cualquier otra persona a su núcleo familiar. Se evaluará a todas las personas mayores de 18 años propuestas para incorporarlas en el grupo familiar con relación a sus antecedentes penales y registro de agresores sexuales.

DEBE COMPLETARLO Y FIRMARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER Y EL MIEMBRO PROPUESTO

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

Es necesario para todos los miembros propuestos del núcleo familiar **mayores de 18 años**:

- ☐ Una identificación con foto, tarjeta del Seguro Social, partida de nacimiento y constancia de la dirección más reciente.
- ☐ Una "Autorización para revelar información" firmada (Formulario 1).
- ☐ La documentación de cualquier ingreso recibido por el miembro propuesto del núcleo familiar es obligatoria para todos los miembros propuestos del núcleo familiar **menores de 18 años**.
- ☐ Documentos de custodia o una carta de un proveedor de servicios sociales en la que conste que el menor reside permanentemente con el titular del contrato de alquiler.
- ☐ Una copia de la tarjeta del Seguro Social y de la partida de nacimiento.
- ☐ Constancia de pagos de manutención de menores (si el nuevo miembro del núcleo familiar recibe manutención de menores).

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

RELACIÓN CON EL TITULAR DEL
CONTRATO DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

____/____/____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ¿Está discapacitado? ☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No

FECHA DE
NACIMIENTO

¿Está empleado? ☐ Sí ☐ No. Si respondió Sí, complete la "Verificación de salarios" (Formulario 4). Todos los ingresos devengados y no devengados deben documentarse. Consulte la sección "¿Qué son ingresos?".

Declaración del estado migratorio ☐ Ciudadano ☐ Extranjero con estatus migratorio elegible
☐ Extranjero que decide no declarar el estatus migratorio elegible

Si su estado es de "Ciudadano", debe presentar la documentación probatoria. Si es "Extranjero con estatus migratorio elegible", debe incluir uno de estos documentos: 1) tarjeta de residencia permanente (formulario I-551), 2) registro de llegada y salida (I-94), 3) tarjeta de residente temporal (I-688) o tarjeta de autorización de empleo (I-688B). **Si su estado es "Extranjero que decide no declarar el estatus migratorio elegible", el subsidio del núcleo familiar se basará en la cantidad de ciudadanos y residentes legales elegibles del núcleo familiar.**

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará de acuerdo con las leyes federales y puede dar como resultado la pérdida del subsidio.

FIRMA DEL MIEMBRO PROPUESTO DEL GRUPO FAMILIAR O DEL
TUTOR (SI ES MENOR DE 18 AÑOS)

FECHA

FIRMA DEL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER

FECHA



NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 3. SOLICITUD PARA QUITAR A UN MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR

Para pedir que quiten a alguna persona de la composición del núcleo familiar según la Sección 8, complete este formulario y dé la documentación de la nueva dirección del miembro que se va (ejemplo: una copia del nuevo arrendamiento o factura de servicios públicos del miembro que se fue/que se va). Si el miembro del núcleo familiar murió, dé la fecha del fallecimiento o una copia del certificado de defunción.

DEBE COMPLETARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

Nombre de la persona que debe quitarse de la composición del núcleo familiar según la Sección 8:

Apellido

Primer nombre

Número de Seguro Social

Incluí los siguientes documentos para quitar al miembro de la familia mencionado arriba de mi núcleo familiar:

☐ Contrato de arrendamiento o factura de servicios públicos de la nueva dirección del miembro del núcleo familiar que se va/que se fue* O

☐ Copia del certificado de defunción O

☐ Fecha de fallecimiento _____ (El HPD lo verificará con la Administración del Seguro Social.)

*Si no se tiene copia disponible del contrato de alquiler o de la factura, explique por qué:

****El titular del contrato de alquiler debe firmar y escribir la fecha abajo.****

Yo, el titular del contrato de alquiler, certifico que la información dada al HPD en esta fecha _____ es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información o las declaraciones falsas se castigarán según la ley federal y esto puede tener como consecuencia la rescisión de mi asistencia para vivienda. Además, entiendo que el HPD puede verificar mis ingresos u otra información relevante con un tercero, como la base de datos de Verificación de ingresos empresariales (EIV).

FIRMA DEL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER

FECHA



NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

¿Qué son ingresos?

El titular del contrato de alquiler debe completar el formulario en la siguiente página para cada miembro del núcleo familiar que recibe ingresos y debe presentar la documentación. Revise primero las definiciones y los ejemplos de los ingresos mencionados abajo y compruebe si se aplican a algún miembro del grupo familiar.

**DEBE COMPLETARLO Y FIRMARLO EL TITULAR DEL
CONTRATO DE ALQUILER.**

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

FUENTES DE INGRESOS

- Empleo: mencione la cantidad que usted o algún miembro del núcleo familiar reciben por su empleo. Presente dos recibos de pago de salario consecutivos recientes o una carta de verificación con membrete de su empleador en la que se mencione la cantidad y la frecuencia de los pagos. También puede pedirle a su empleador que complete el "Formulario 4. de Verificación de salarios".
- Seguro Social/SSI: mencione la cantidad que usted o algún miembro del núcleo familiar reciben actualmente. El HPD verificará esta información usando la base de datos de Verificación de ingresos empresariales (EIV) del HUD.
- Asistencia pública: presente una carta de verificación que indique la cantidad de los beneficios pagados.
- Manutención de menores/Pensión alimenticia: presente la documentación oficial o una carta de cualquiera de los padres de los menores que vivan en el núcleo familiar que reciba asistencia donde uno o ambos padres estén ausentes, que muestre la frecuencia y la cantidad de los pagos por la manutención de menores o pensión alimenticia. Presente un documento legal o copia de cualquier documento legal de separación. Si no hay un documento legal, presente una carta de la persona que paga la manutención de menores donde se indique la cantidad y frecuencia de la manutención de menores que se da, si corresponde. Un menor solo se considerará parte del núcleo familiar si reside allí por lo menos 183 días (más de 6 meses o más del 50 %) del año.
- Discapacidad: presente la documentación oficial de la frecuencia y la cantidad de los pagos por discapacidad.
- Desempleo/Compensación de los trabajadores: presente la documentación oficial de la frecuencia y la cantidad de los pagos por desempleo o por compensación de los trabajadores.
- Pensión/Jubilación: esta categoría incluye las distribuciones de las cuentas IRA que deben reportarse. Presente la documentación oficial de la frecuencia y la cantidad de los ingresos por pensión/jubilación.
- Pago a veteranos: presente la documentación oficial donde se mencione la frecuencia y la cantidad de los ingresos que recibe como pago a veteranos.
- Ayuda económica/Beca: presente la documentación oficial de la fuente de ayuda económica o beca educativa con la cantidad y la frecuencia del dinero recibido.
- Bienes inmuebles: presente la documentación de cualquier ingreso que reciba por ser propietario de un bien inmueble (por ejemplo, ingresos por alquileres, ingresos por la venta de una propiedad, etc.).
- Trabajo por cuenta propia/Empleo por temporada: si trabaja por cuenta propia, tiene un empleo por temporada, es un trabajador independiente (como repartidor o conductor de taxi que use una aplicación de viajes compartidos para teléfonos móviles) o ha tenido más de un empleador en los últimos 12 meses, presente una copia debidamente completada y firmada de su declaración de impuestos más reciente.
- Otros tipos de apoyo: si un miembro del núcleo familiar recibe ingresos habituales de organizaciones o personas (incluyendo familiares y amigos) que no vivan en su casa, presente la documentación de dicho apoyo. Por ejemplo, una declaración firmada de la persona o agencia mencionando los ingresos para verificar la cantidad y la frecuencia.





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 4. VERIFICACIÓN DE SALARIOS

El objetivo de este formulario es verificar el salario de cada miembro del grupo familiar. Cada miembro del núcleo familiar que tenga un empleo **debe** completar este formulario si los documentos que se mencionan abajo no están disponibles:

- Dos (2) facturas de pago de salario consecutivas recientes en las que conste el salario bruto.

- Carta del empleador en la que conste el salario bruto y el horario de trabajo

LA SECCIÓN A DEBE COMPLETARLA EL MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR EMPLEADO. LA SECCIÓN B DEBE COMPLETARLA, SELLARLA Y FIRMARLA EL EMPLEADOR ACTUAL.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

SECCIÓN A (debe completarla el EMPLEADO)

Nombre del empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

SECCIÓN B (debe completarla el EMPLEADOR)

Compañía: _____ Dirección: _____

Representante del empleador: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Tipo de ingresos	Cantidad	Frecuencia de pago (por hora, por quincena, por mes, por año) Escríbalo abajo	Promedio de horas que trabaja por período de pago
Salario bruto actual:	\$		
Salario bruto durante los últimos 12 meses	\$		
Horas extras:	\$		
Bonificación, comisión o propinas:	\$		
Salario de las Fuerzas Armadas por exposición a fuego hostil:	\$		
Salarios brutos previstos: (Si se espera un aumento salarial, mencione la fecha de entrada en vigor: ____/____/____)	\$		

Si el salario del empleado es por temporada, esporádico o no puede reflejarse con exactitud en el cuadro de arriba, explique: _____

Fecha original de contratación o recontractación: _____

Fecha de finalización del empleo: _____

**EL SELLO EN TINTA/GRABADO DE LA
COMPAÑÍA ES OBLIGATORIO**

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará según las leyes federales.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

FECHA



Impreso en papel que contiene 30 % de material reciclado.

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

¿QUÉ ES UN BIEN?

Un bien es algo que es de su propiedad y que puede convertir en dinero en efectivo, como cuentas bancarias, bienes inmuebles, acciones y bonos. Si usted o cualquier miembro del núcleo familiar, incluyendo los niños, es propietario de alguno de los tipos de bienes que se mencionan abajo, deben declararlos en la página de Resumen del núcleo familiar participante del subsidio para alquiler de este paquete de recertificación. Además, debe presentar los documentos que verifiquen el valor de los bienes y los ingresos percibidos a partir del bien, si corresponde. No declarar los bienes puede tener como consecuencia que se rescinda o deniegue el subsidio. Abajo hay una lista de los diferentes tipos de bienes y sus descripciones.

DEBE REVISARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER

FUENTES DE BIENES

- Cuentas bancarias: cualquier cuenta que esté abierta con cualquier saldo en cualquier banco, ya sea una cuenta individual o conjunta. Algunos ejemplos son las cuentas de cheques, las cuentas de ahorro, las cuentas de mercado de dinero y los certificados de depósito. Presente una carta de verificación con el membrete de su institución financiera, el estado de cuenta bancaria más reciente o presente el Formulario 5, Verificación de bienes, completado por la institución financiera.
- Cuentas financieras en línea: cualquier cuenta que sea en línea, que no sea un banco, y donde deposite dinero en efectivo. Pueden ser cuentas para transferencia de dinero en línea o billeteras en línea en las que puede guardar el dinero en efectivo.
- Cuentas de inversión: algunos ejemplos de cuentas de inversión son las acciones y los bonos. Presente la documentación oficial que acredite el valor y cualquier dividendo percibido en relación con la cuenta o el estado de cuenta más reciente de la institución financiera.
- Valor líquido en bienes inmuebles: el valor líquido en bienes inmuebles es el valor de mercado calculado de cualquier propiedad que usted tenga, menos el saldo no pagado de los préstamos garantizados por el bien. Presente las declaraciones del impuesto a la propiedad y las declaraciones de hipotecas, si corresponde.
- Cuentas de ahorros para la jubilación: una cuenta formal que le permite ahorrar dinero para gastarlo después de que se jubile. Algunos ejemplos de este tipo de cuenta incluyen las cuentas IRA, Keogh y planes 401K. Presente la documentación oficial que acredite el valor y cualquier dividendo percibido en relación con la cuenta o el estado de cuenta más reciente de la institución financiera.
- Cuentas de jubilación o pensión de la compañía: (si algún miembro de la familia tiene acceso) Presente documentación oficial que tenga la información de la frecuencia y la cantidad de los pagos.
- Pago único: pago por única vez que se guarda y puede verificarse. Algunos ejemplos de pagos únicos son las herencias, los pagos de seguros o convenios. Presente la documentación oficial del valor del pago y cualquier ingreso percibido en concepto de intereses.
- Bienes personales que se tienen como inversión: cualquier objeto o colección de valor que pueda convertirse en dinero en efectivo. Algunos ejemplos son las colecciones de monedas, los vehículos para recreación, las joyas, etc. Presente la documentación oficial del valor del bien y cualquier deuda pendiente.
- Más ejemplos de bienes: otros ejemplos de tipos de bienes incluyen el dinero en efectivo del seguro de vida, el dinero en efectivo de fideicomisos, anualidades, corporaciones S, asociaciones e inmuebles de tiempo compartido. Se debe presentar la documentación que acredite el valor de estos bienes.

ESTOS NO SON BIENES: NO agregue cuentas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) ni cuentas similares que se usen para recibir beneficios del gobierno (como SNAP y WIC). Estos no son bienes.





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 5. VERIFICACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS Y OTROS BIENES

El objetivo de este formulario es tener una verificación de los bienes de cada miembro del grupo familiar hecha por un tercero. Los bienes son artículos de valor que se pueden convertir en dinero en efectivo y pueden incluir cuentas de ahorros, cuentas de cheques, cuentas IRA, certificados de depósito (CD), acciones/bonos y cuentas financieras en línea. Cada miembro del núcleo familiar debe presentar los estados de las cuentas bancarias u otra evidencia de bienes que dé la institución financiera. Si estos documentos no están disponibles, cada miembro debe pedirle a su institución financiera que complete este formulario.

- Si un titular de bienes tiene bienes no verificados en más de una institución financiera, debe usarse un formulario por separado para cada institución financiera.
- Si los bienes declarados en este formulario son bienes conjuntos, puede presentarse un solo formulario para los titulares de los bienes conjuntos.

LA SECCIÓN A DEBE COMPLETARLA EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER Y DEVOLVERSE SI NINGÚN MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR TIENE BIENES.

LA SECCIÓN B DEBE COMPLETARLA, SELLARLA Y FIRMARLA LA INSTITUCIÓN FINANCIERA POR CADA MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR QUE TENGA BIENES.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde:
(complete la
Sección A)

☐

SECCIÓN A (Debe completarla el Titular del contrato de alquiler, si corresponde)

Certifico que nadie de mi núcleo familiar tiene una cuenta de ahorros, cuenta de cheques, cuenta IRA, CD ni acciones/bonos.

Firma (titular del contrato de alquiler): _____ Fecha: _____

SECCIÓN B (Debe completarla la institución financiera por cada miembro del grupo familiar que tenga bienes)

Nombre del titular del bien _____ Número de Seguro Social _____

Tipo de bien (cuentas de ahorro, cuentas de cheques o de jubilación, acciones, certificados de depósito, etc.)	Número de cuenta	Saldo actual	Cargos o penalizaciones por retiro anticipado (si corresponde)	Tasa de interés actual/cantidad de acciones	¿Es esta una cuenta/un bien conjunto?	
					Sí/ No	Nombre del titular de bienes conjuntos

Institución financiera: _____ Dirección: _____

Representante: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

**EL SELLO EN TINTA/GRABADO DE LA
COMPAÑÍA ES OBLIGATORIO**

Certifico que la información de arriba es verdadera y exacta a partir de _____
(fecha). Entiendo que presentar declaraciones falsas ante una agencia gubernamental se castigará de acuerdo
con las leyes federales.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

FECHA



Impreso en papel que contiene 30 % de material reciclado.



Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 6. FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS Y DE FARMACIA NO REEMBOLSADOS

Si el titular del contrato de alquiler, titular conjunto o cónyuge tiene una discapacidad, o es mayor de 62 años y tiene gastos médicos o de farmacia no reembolsados (que no haya pagado ninguna otra persona que no sea usted), complete este formulario por cada miembro del núcleo familiar que tenga gastos médicos o de farmacia. Debe presentar la verificación de todos los gastos médicos y de farmacia que haya hecho, no reembolsados, durante los últimos 12 meses, si se prevé que serán un gasto en el próximo año. Esto incluye copias de cheques cancelados, comprobantes o estados de cuenta de una compañía de seguros. Envíe una copia impresa de la farmacia por cualquier pago por medicamentos con receta no reembolsados que haya hecho en los últimos 12 meses.

DEBE COMPLETARLO Y FIRMARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

¿Es su núcleo familiar elegible para una deducción de gastos médicos?

1. ¿Tiene algún gasto de farmacia no reembolsado?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Paga una prima de Medicare o algún seguro médico?

☐ Sí ☐ No

3. Actualmente, ¿está pagando algún miembro del grupo familiar facturas médicas antiguas?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Se prevé algún gasto médico durante los próximos 12 meses?

☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas de arriba, complete el cuadro de abajo:

Nombre del miembro del núcleo familiar	Gastos elegibles (farmacia, primas de seguro médico, trabajos dentales, aparatos auditivos, anteojos, equipo médico)	Cantidad a pagar, pagado en el pasado o que se espera que se pague en los próximos 12 meses* (presentar comprobante de pago o factura)	Fecha del gasto o frecuencia de pago (mensual, anual, etc.)	Nombre y teléfono de la institución que presta el servicio

*Si las facturas o los comprobantes no están disponibles, usted puede presentar una declaración de su médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios médicos que especifique la naturaleza y la cantidad de los gastos previstos en los próximos 12 meses. Solo la parte de los gastos médicos totales que excede el 3 % de los ingresos anuales del núcleo familiar es una deducción permitida.

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará de acuerdo con las leyes federales y puede tener como consecuencia la pérdida del subsidio.

FIRMA DEL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER

FECHA



Impreso en papel que contiene 30 % de material reciclado.



Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 7. DECLARACIÓN DE GASTOS POR DISCAPACIDAD NO REEMBOLSADOS

Deberá completar este formulario en caso de que su familia tenga un gasto no reembolsado por un asistente de atención personal (ayuda médica a domicilio para un adulto con discapacidad o una niñera para un niño mayor de 13 años con discapacidad) o por equipo médico (como una silla de ruedas) **para un miembro del núcleo familiar que tenga una discapacidad** y en caso de que, como resultado de este gasto, usted o cualquier miembro del grupo familiar haya obtenido ingresos de un empleo. Debe presentar la verificación de cualquier gasto por discapacidad en el que haya incurrido durante los últimos 12 meses. Esto puede incluir un comprobante por una silla de ruedas, rampa, la adaptación para un vehículo o equipo especial para que una persona ciega pueda leer y escribir.

DEBE COMPLETARLO Y FIRMARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

¿Es su núcleo familiar elegible para una deducción de gastos por discapacidad?

1. ¿Paga usted a alguien para que cuide a una persona con discapacidad de su núcleo familiar? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Compró un equipo médico para una persona con discapacidad de su núcleo familiar? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Pudo usted, o cualquier otro miembro del núcleo familiar, obtener ingresos de un empleo debido a este gasto por discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí a la pregunta n.º 3 de arriba, complete los cuadros de abajo:

	Nombre del miembro del núcleo familiar con discapacidad:	Nombre del miembro del núcleo familiar con discapacidad:
	1. _____	2. _____
Gastos por discapacidad elegibles: (gasto de equipos médicos o por un asistente de atención médica)		
Cantidad a pagar o que se espera que se pague en los próximos 12 meses: (presentar comprobante de los pagos recurrentes o factura)		
Nombres y teléfonos de las instituciones que prestan el servicio:		
Nombres de los miembros del grupo familiar que percibieron ingresos como resultado del gasto por discapacidad:		

Nota: Solo la parte del gasto por discapacidad total que excede el 3 % de los ingresos anuales del núcleo familiar es una deducción permitida. La deducción del gasto por discapacidad no puede exceder la cantidad total del dinero percibido por los miembros del núcleo familiar que pueden trabajar debido al gasto por discapacidad.

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará de acuerdo con las leyes federales y puede tener como consecuencia la pérdida del subsidio.

FIRMA DEL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER

FECHA



Impreso en papel que contiene 30 % de material reciclado.

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 8. VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE ESTUDIANTE

El objetivo de este formulario es verificar el estado de estudiante. Cada miembro del núcleo familiar mayor de 18 años que asista a la escuela a tiempo completo o que esté en un programa de capacitación laboral **debe** completar este formulario. Si este formulario no puede completarse, presente alguno de los siguientes documentos para verificar el estado de estudiante:

- Los estudiantes de High School deberán presentar el boletín de calificaciones más reciente o una carta de un representante de la escuela en la que se confirme la inscripción.
- Los estudiantes universitarios pueden presentar el expediente académico más reciente o una carta de un representante de la institución educativa.
- Los estudiantes de los programas de capacitación para adultos deberán presentar los documentos de inscripción o una carta de un representante del programa.

UN ADMINISTRADOR DE LA ESCUELA/DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LABORAL DEBE COMPLETAR, SELLAR Y FIRMAR EL FORMULARIO.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

SECCIÓN A (debe completarla el titular del contrato de alquiler)

Estudiante miembro del núcleo familiar: _____ Número de Seguro Social: _____

SECCIÓN B (debe completarla el administrador de la escuela o del programa de capacitación laboral)

1. El estudiante mencionado arriba está inscrito en:

☐ High School/universidad

☐ Programa de capacitación para de adultos

Si seleccionó "High School/universidad", ignore la opción 2 y vaya a la opción 3.

2. ¿Da el programa capacitación laboral y servicios de autosuficiencia? ☐ Sí ☐ No

¿Está el programa financiado por el gobierno federal, estatal o local? ☐ Sí ☐ No

¿Está el programa financiado por el HUD? ☐ Sí ☐ No

3. Estado de inscripción: ☐ ☐

El estudiante está inscrito en un (marque uno) programa de **tiempo completo/tiempo parcial** y obtendrá _____ créditos este semestre. Horas semanales de participación en el programa si está en un programa de capacitación para adultos: _____

	Cantidad por año
Pago por los estudios	
Trabajo y estudio	
Subsidios/Becas	

Institución educativa: _____ Dirección: _____

Administrador: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

**EL SELLO EN TINTA/GRABADO DE LA COMPAÑÍA
ES OBLIGATORIO**

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará según las leyes federales.

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

FECHA





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 9. VERIFICACIÓN DE GASTOS DE CUIDADO INFANTIL

Los núcleos familiares con gastos de cuidado infantil no reembolsados deben completar este formulario si:

- Los gastos son para el cuidado de un niño o niños menores de 12* años, y
- El cuidado infantil es necesario para que un familiar pueda obtener un empleo remunerado o continuar su educación.

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER Y DEBE COMPLETARLO Y FIRMARLO EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

Nombre del niño	Edad del niño	Tarifa de pago durante el año escolar	Tarifa de pago durante las vacaciones de la escuela	Frecuencia de pago (por hora, por día, por semana, por mes, por año)	Promedio mensual
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$

Si los gastos de cuidado infantil son esporádicos, por temporada o no pueden reflejarse con exactitud en el cuadro de arriba, explique: _____

Nombre del proveedor de cuidado infantil: _____ Dirección: _____

Contacto: _____ Cargo: _____ Teléfono (obligatorio): _____

*Si el niño es mayor de 13 años, tiene una discapacidad, y el cuidado infantil le permite a un miembro adulto del núcleo familiar tener un empleo, complete la "Verificación de gastos no reembolsados por discapacidad" (Formulario 7).

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará según las leyes federales.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

FECHA

FOR HPD USE ONLY (SOLO PARA USO DEL HPD)

Call to provider made on _____ (date) by _____ staff member's name

Expenses verified? ☐ Sí ☐ No

Notas: _____



Impreso en papel que contiene 30 % de material reciclado.

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 10. DEUDAS CON AGENCIAS DE VIVIENDA PÚBLICA Y RESCISIONES

Aviso de reducción de trámites: La Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) aprobó los requisitos de recopilación de información que contiene este aviso de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (título 44, sección 3520 del U.S.C.) y se les asignó el número de control OMB 2577-0266. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites, el HUD no puede hacer ni patrocinar la recopilación de información, y la persona no está obligada a responder a esta, a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB actualmente válido.

AVISO A LOS SOLICITANTES Y PARTICIPANTES DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA EL ALQUILER DEL HUD:

*Vivienda Pública (título 24, sección 960 del CFR)	Rehabilitación Moderada de la Sección 8
*Vales de Elección de Vivienda de la Sección 8,	(título 24, sección 882 del CFR)
incluyendo el Programa de Asistencia de Vivienda	Vales Basados en Proyectos
por Desastre (Disaster Housing Assistance Program)	(título 24, sección 983 del CFR)
(título 24, sección 982 del CFR)	

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. lleva un registro nacional de las deudas con las Agencias de Vivienda Pública (PHA) o con los propietarios de la Sección 8, y de la información desfavorable de los participantes anteriores que, de manera voluntaria o involuntaria, han dejado de participar en uno de los programas de asistencia para el alquiler del HUD mencionados arriba. Esta información se guarda en el sistema de Verificación de ingresos empresariales (EIV) del HUD, usado por las PHA y sus agentes de administración para verificar la información sobre el empleo y los ingresos de los participantes del programa, y para reducir los errores administrativos y los relacionados con el pago de la asistencia para el alquiler. El sistema EIV está diseñado para dar asistencia a las PHA y al HUD en cuanto a asegurar que las familias sean elegibles para participar en los programas de asistencia para el alquiler del HUD y determinar la cantidad adecuada de asistencia para el alquiler según la elegibilidad de cada familia. Todas las PHA deben usar este sistema de acuerdo con las reglamentaciones del HUD establecidas en el título 24, sección 5233 del CFR.

El HUD exige a las PHA, que administran los programas de alquiler de viviendas mencionados arriba, que presenten cierta información en el momento en el que usted deja de participar en un programa de asistencia para el alquiler del HUD. Este aviso le da información sobre la información que el HUD le exige a la PHA, quién tendrá acceso a esta información, cómo se usará esta información y sus derechos. Las PHA deben avisar a todos los solicitantes y participantes del programa, y usted debe acusar recibo de este aviso firmando en la página 2. Cada miembro adulto del núcleo familiar debe firmar este formulario.

¿Qué información sobre usted y su alquiler obtiene el HUD de la PHA?

Se obtiene la siguiente información de cada miembro del núcleo familiar (composición familiar): nombre completo, fecha de nacimiento y número de Seguro Social.

La siguiente información desfavorable se obtiene una vez que haya finalizado su participación en el programa de vivienda, en caso de que se haya mudado de manera voluntaria o involuntaria de la unidad subsidiada:

1. La cantidad de cualquier saldo que adeude a la PHA o al propietario de la Sección 8 (hasta \$500,000) y una explicación del saldo adeudado (por ejemplo, alquiler no pagado, alquiler retroactivo [debido a ingresos no declarados o a un cambio en la composición familiar] u otros cargos, como daños, gastos de servicios públicos, etc.); y
2. Si ha formalizado o no un acuerdo de pago por la cantidad adeudada a la PHA.
3. Si ha cumplido o no un acuerdo de pago; y
4. Si la PHA obtuvo o no una resolución en su contra; y
5. Si se ha declarado o no en quiebra; y
6. Los motivos desfavorables por los que finalizó su participación o cualquier situación negativa (por ejemplo, abandono de la unidad, fraude, infracciones contractuales, actividades delictivas, etc.) desde la fecha en la que finalizó su participación.

¿Quién tendrá acceso a la información recopilada?

Esta información estará disponible para los empleados del HUD, los empleados de PHA y los contratistas del HUD y las PHA.

¿Durante cuánto tiempo se mantiene la información sobre las deudas y rescisiones en el EIV?

La información sobre las deudas y la rescisión se mantendrá en el EIV durante un período de hasta diez (10) años desde la fecha en la que finalizó la participación.



NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 10. DEUDAS CON AGENCIAS DE VIVIENDA PÚBLICA Y RESCISIONES (*continúa*)

¿Cómo se usará esta información?

Las PHA tendrán acceso a esta información durante el período de solicitud de asistencia para el alquiler y de reevaluación de los ingresos y la composición de la familia de los participantes existentes. Las PHA podrán acceder a esta información para determinar la idoneidad de una familia a la hora de obtener la asistencia para el alquiler inicial o continua y así evitar ofrecer la asistencia federal limitada para la vivienda a aquellas familias que previamente no hayan podido calificar para el programa del HUD. Si la información declarada es correcta, es posible que su asistencia actual para el alquiler se rescinda y se denieguen las próximas solicitudes de asistencia para el alquiler del HUD durante un período de hasta diez años desde la fecha en la que se mudó de la unidad subsidiada o desde la fecha de rescisión del programa de asistencia para el alquiler del HUD.

¿Qué derechos tengo?

De acuerdo con la Ley de Confidencialidad de 1974, en su versión modificada (título 5, sección 552a del USC) y las reglamentaciones del HUD relacionadas con su implementación de la ley mencionada (título 24, parte 16 del CFR), usted tiene los siguientes derechos:

1. Tener acceso a su expediente que el HUD guarda.
2. Obtener una revisión administrativa de la denegación inicial del HUD de su solicitud para acceder a su expediente que el HUD guarda.
3. A que se corrija la información incorrecta de su expediente, con solicitud previa por escrito.
4. A presentar una solicitud de apelación de una determinación inicial desfavorable sobre la corrección o modificación de la solicitud de registro en el plazo de 30 días calendario siguientes al aviso de la denegación por escrito.
5. A revelar su expediente a terceros después de haber recibido su solicitud firmada y por escrito.

¿Qué hago si quiero impugnar la información declarada sobre mis deudas y rescisiones?

Si no está de acuerdo con la información presentada, debe comunicarse por escrito con la PHA que reportó esta información sobre usted. El nombre, la dirección y el teléfono de la PHA se mencionan en el Informe de deudas y rescisiones. Tiene derecho a solicitar y obtener una copia de este reporte de la PHA. Reporte a la PHA por qué impugna la información y presente cualquier documentación que respalde su impugnación. Las impugnaciones se deben presentar en el plazo de tres años desde la fecha en la que finalizó la participación. De lo contrario, la información sobre deudas y rescisiones se considerará correcta. Únicamente la PHA que presentó la información desfavorable sobre usted puede eliminar o corregir su registro.

Su declaración de bancarrota no dará como resultado la eliminación de la información sobre deudas o rescisiones del sistema EIV del HUD. Sin embargo, si incluyó esta deuda en su declaración de bancarrota o si el tribunal de bancarrotas ha desestimado la deuda, se actualizará su expediente y se incluirá el indicador de bancarrota cuando le presente a la PHA la documentación de su estado de bancarrota.

La PHA le avisará por escrito sobre la determinación respecto de su impugnación en el plazo de 30 días después de recibir la impugnación por escrito. Si la PHA determina que la información impugnada es incorrecta, actualizará o eliminará el expediente. Si la PHA determina que la información impugnada es correcta, presentará una explicación de por qué la información es correcta.

Este aviso lo dio el Departamento de Preservación y Desarrollo de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York.

Por este medio, reconozco que la PHA me dio las deudas pendientes con las PHA y el aviso de rescisión:

NOMBRES EN LETRA DE MOLDE DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MAYORES DE 18 AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FIRMA	FECHA





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA EL PAQUETE DE RECERTIFICACIÓN

Lea atentamente las instrucciones de este Paquete de recertificación. Esta lista de comprobación y las instrucciones le dirán qué formularios se necesitan para continuar recibiendo la asistencia de alquiler del Subsidio para alquiler. Además de la portada y el Resumen del núcleo familiar participante en el Subsidio para alquiler, **hay diez (10) formularios en el Paquete de recertificación**. Marque la última columna de esta lista de comprobación cuando complete cada formulario. Si un formulario no se aplica a su núcleo familiar, debe marcar "N/A" en la lista de comprobación y en el formulario, y devolver ambos con su paquete.

DEBE COMPLETARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

N.º de formulario	Nombre del formulario	Quién debe completar este formulario	¿Se completó?
Portada	Portada del paquete de recertificación de subsidio para alquiler	El titular del contrato de alquiler debe firmar la portada para certificar que el paquete se completó de manera veraz y completa.	☐ Sí
Resumen del núcleo familiar participante	Resumen del núcleo familiar participante en el subsidio para alquiler	El titular del contrato de alquiler debe revisar y hacer correcciones a la información que se reportó en la última certificación anual.	☐ Sí
1	Autorización para revelar información/aviso sobre la Ley de Confidencialidad	Cada miembro del núcleo familiar mayor de 18 años debe firmar y escribir la fecha en este formulario.	☐ Sí
2	Solicitud para agregar a un miembro del núcleo familiar	Los núcleos familiares que quieran pedir que se agregue una persona a su núcleo familiar con subsidio para alquiler deben completar este formulario y presentar los documentos que se piden.	☐ Sí ☐ N/A
3	Solicitud para quitar a un miembro del núcleo familiar	Los núcleos familiares que quieran pedir que se quite a una persona de su núcleo familiar con subsidio para alquiler deben completar este formulario y presentar los documentos que se piden.	☐ Sí ☐ N/A
4	Verificación de salarios	Cada miembro empleado debe presentar dos (2) facturas de pago de salario consecutivos <u>O</u> pedirle a su empleador que complete este formulario <u>O</u> presentar una carta del empleador en la que conste las fechas de empleo y los ingresos.	☐ Sí, se dio al empleador ☐ N/A
5	Verificación de cuentas bancarias y otros bienes	Cada miembro del núcleo familiar que tenga bienes a su nombre debe pedir a su institución financiera que complete este formulario. Los bienes incluyen, entre otros: ■ Cuentas de ahorro ■ Cuentas de cheques ■ Cuentas IRA, Certificados de depósito (CD) o bonos ■ Bienes inmuebles ■ Acciones/bonos Como alternativa, pueden presentarse estados de cuenta recientes de la institución financiera o banco.	☐ Sí, se dieron a la institución financiera ☐ Sí, se adjunta la documentación ☐ N/A





Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA EL PAQUETE DE RECERTIFICACIÓN (CONTINÚA)

N.º de formulario	Nombre del formulario	Quién debe completar este formulario	¿Se completó?
6	Declaración de gastos médicos y de farmacia no reembolsados	Puede completar este formulario si el titular del contrato de alquiler en su núcleo familiar, su cónyuge o el titular conjunto: - Está legalmente discapacitado - Es mayor de 62 años Este formulario debe completarse para deducir gastos médicos, de farmacia o por discapacidad no reembolsados previstos para los próximos 12 meses. Solo la parte de los gastos médicos totales que excede el 3 % de los ingresos anuales del núcleo familiar es una deducción permitida. Este formulario no estará completo sin la documentación que respalde estos gastos.	☐ Sí ☐ N/A
7	Declaración de gastos por discapacidad no reembolsados	Deberá completar este formulario <u>en caso de que su familia tenga un gasto no reembolsado por un asistente de atención médica</u> (ayuda médica a domicilio para un adulto con discapacidad o una niñera para un niño mayor de 13 años con discapacidad) <u>o por equipo médico</u> (como una silla de ruedas) para un miembro del grupo familiar que tenga una discapacidad y en caso de que, como resultado de este gasto, usted o cualquier miembro del grupo familiar (incluyendo la persona con discapacidad) haya obtenido ingresos de un empleo. Este formulario no estará completo sin la documentación que respalde estos gastos.	☐ Sí ☐ N/A
8	Verificación del estado de estudiante	Cada miembro del núcleo familiar que sea mayor de 18 años y que asista a la escuela a tiempo completo, o que esté en un programa de capacitación laboral, debe pedirle a la institución educativa que complete este formulario.	☐ Sí ☐ N/A
9	Verificación de gastos de cuidado infantil	Este formulario solo se aplica si los gastos por cuidado infantil son para el cuidado de niños menores de 12 años, y solo si el cuidado infantil es necesario para que un familiar pueda tener empleo, continúe su educación o busque empleo.	☐ Sí ☐ N/A
10	Deudas con Agencias de vivienda pública y rescisiones	Cada miembro adulto del núcleo familiar debe firmar este formulario que explica sus derechos relacionados con la información sobre el núcleo familiar que el HPD exige recopilar. Cualquier miembro del núcleo familiar que haya cumplido 18 años desde la última recertificación debe firmar este formulario.	☐ Sí ☐ N/A



NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO DE ASISTENCIA DE IDIOMAS

• **Spanish / Español** ☐

Si usted desea ayuda en algún idioma para completar este paquete, por favor llame al 917-286-4300. Un representante HPD podrá ayudarlo a obtener ayuda. Por favor marque el casillero al final de esta declaración si es que a usted le gustaría que registremos la preferencia de idioma marcada para referencia futura.

• **French / Français** ☐

Si vous désirez obtenir de l'aide dans votre langue pour remplir ce document, veuillez appeler le 917-286-4300. Un représentant du service des logements pourra vous aider à obtenir de l'aide. Veuillez cocher la case à la fin de cet énoncé si vous désirez que nous notions votre préférence de langue indiquée pour référence future.

• **Haitian Creole / Kreyòl ayisyen** ☐

Si w ta renmen jwenn asistans pou ranpli pake sa a, tanpri rele 917-286-4300. Yon anplwaye HPD ap kapab ba ou bon jan asistans. Tanpri tcheke kaz ki nan fen fraz sa a si w ta renmen nou endike lang ou pi pito pou referans alavni.

• **Russian / Русский** ☐

Если вам нужна помощь переводчика при заполнении этих анкет, звоните по телефону 917-286-4300. Представитель отдела HPD поможет вам вызвать переводчика. Пометьте соответствующий язык ниже, если вы хотите пользоваться этой услугой и в будущем.

• **Cantonese / 廣東話** ☐

如果您在填寫這套表格時需要以廣東話提供協助，請致電917-286-4300。

一位HPD代表將可協助您獲得幫助。如果您希望我們記錄指明的語言選擇供未來參考之用，請在本聲明結尾處剔選相關的方格。

• **Chinese Mandarin / 普通话** ☐

如果您在填写这套表格时需要以普通话提供协助，请拨打917-286-4300。

一位HPD代表将可协助您获得帮助。如果您希望我们记录指明的语言选择供未来参考之用，请在本声明结尾处剔选相关的方格。

• **Arabic / العربية** ☐

و رَأ كرسلفنتذلي وذنمؤ نذير، عؤود م اوه نم ث 4300-286-917. زَنت ادبعفين، زلر ي ه ع د ل ف قيوغ قدعسمي دلذ دوت نك اذلي دتذرعغتك اذلة ا زَ ادعنة ن لري ه ل لب ة ي زَ عتيفبعالعب زَ مير، ادعغفر ل قدعسمي دلذ ل م ك ة اعؤوم، عئن HPD عهكس ل لدنلري ا. ةقبر سوم، ن دجلو، دذ د ا ني ض قزنعكذنف

☐ Otro _____

Si quiere obtener ayuda en otro idioma, marque la casilla indicando su idioma de preferencia. Para obtener ayuda para completar este paquete, llame al 917-286-4300.

