

**PRE-SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER VALES DE ELECCION DE VIVIENDA SECCION OCHO PROYECTO BASADO PARA LOS DEPARTAMENTOS EN GOLDEN GLOW TOWER**

**SOUTHWESTERN IDAHO COOPERATIVE HOUSING AUTHORITY**  
**377 CORNELL STREET**  
**MIDDLETON, ID 83644**  
**PHONE (208) 585-9325**  
**FAX (208) 585-9326**

For Office Use Only
Date: _____
Time: _____

**1. INFORMACION DE LA CABEZA DE FAMILIA**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

**2. Enumere todos los miembros de su familia que vivirán con usted e indique su edad y género. No agregue jefe de familia en esta sección. Nota: Si necesita espacio adicional, utilice el reverso de este formulario.**

Nombre (Primer Nombre y Apellido)	Relación (Cónyuge, hijo(a), etc.)	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero M/F
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**3. ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVIRAN EN LA UNIDAD TIENEN UNA DISCAPACIDAD?**  Si  No

**4. SOLAMENTE PARA FINES ESTADISTICOS DE HUD**

Por favor, identifique su raza marcando una casilla en cada una de las dos siguientes categorías:

Marque una:

- Blanco  Asiático  Negro/Afroamericano
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái/Otras islas del Pacifico

Marque una:

- Hispano o Latino
- No-Hispano o Latino

**5. FUENTE(S) DE INGRESO FAMILIAR; MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN E IDENTIFIQUE CANTIDAD MENSUAL:**

- Salario \_\_\_\_\_  Seguro Social \_\_\_\_\_  SSI \_\_\_\_\_  TANF/Welfare \_\_\_\_\_
- Manutención de los hijos/Pensión Alimenticia \_\_\_\_\_  Trabajo por su cuenta \_\_\_\_\_
- Desempleo \_\_\_\_\_  Beneficios de Jubilación \_\_\_\_\_  Sueldo Militar \_\_\_\_\_
- Beneficios por Incapacidad \_\_\_\_\_

**6. Me gustaría agregaran mi nombre en la lista de espera del programa de ASISTENCIA DE ALQUILER VALES DE ELECCION DE VIVIENDA SECCION OCHO (si es que aún no está incluido): \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no**

**7. Certifico que por lo menos un miembro de la familia tiene 62 años o mayor: \_\_\_\_si \_\_\_\_no**

**8. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES EXACTA Y COMPLETA.**

Entiendo que la presentación de información falsa o tergiversación puede resultar en la pérdida de elegibilidad para participar en el programa de vales de elección de vivienda.

**Fecha \_\_\_\_\_ Firma de la Cabeza de Familia \_\_\_\_\_**

Cuando esta presolicitud sea recibida en nuestra oficina, su nombre será colocado en la lista de espera. Debido a la escasez de fondos de este programa, no podemos decirle cuanto tiempo esperara para que la ayuda sea proporcionada. Durante este periodo de espera, es esencial que usted reporte los cambios de domicilio, teléfono, composición familiar y el estado de ingresos a esta oficina. El no reportar cambios puede retrasar significativamente la emisión de su vale. Si el correo dirigido a usted es devuelto por la oficina de correos como no entregable, su nombre será eliminado de la lista de espera.