



Este documento puede entregarse en un formato accesible a las personas con discapacidades previo pedido.

**Pre-solicitud de lista de espera para la Comunidad de vivienda asequible para adultos mayores Barstow Senior (62+)**  
 P.O. Box 1787, San Bernardino, CA 92402

Se están aceptando solicitudes para familias que califican para apartamentos de una (1) recámara. Los apartamentos se asignan a las familias en razón de (2) personas por recámara. La cabeza de familia no necesita compartir su recámara más que con su cónyuge o su pareja.

**Instrucciones:** Por favor escriba con letra de molde toda la información y revise que la solicitud esté completa, legible y firmada. Devuelva la presolicitud a la Unidad de lista de espera de HACSB, a la dirección indicada arriba. Cuando su nombre sea colocado en la lista de espera, usted recibirá una carta como reconocimiento de recibo, la cual debe conservar. Solicitudes incompletas se devolverán sin ser agregado a la lista de espera.

Nombre: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	¿Usted o su cónyuge es veterano o actualmente está prestando servicio en las fuerzas armadas? Si No
Número de la seguro social: _____		Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ _____		Tamaño de la familia: (incluyéndolo a usted)  Número de adultos: _____
Ciudad, estado, código Zip: Número de teléfono: (      ) _____		
E-mail address: _____		Ingreso total mensual familiar: \$ _____ X 12 \$ _____
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro americana <input type="checkbox"/> India norteamericana o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del pacífico		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana <input type="checkbox"/> No contesta		Tipo de ingreso: _____

Please **circle** your answer for all of the following questions:

¿Incluye un asistente que vive en casa?	SÍ	NO
¿Actualmente no tiene vivienda?	SÍ	NO
¿Su hogar incluye un cónyuge/cojefe de hogar?	SÍ	NO
¿Alguien en su hogar recibe ingresos por discapacidad permanente?	SÍ	NO
¿Usted o un miembro de su hogar tiene una discapacidad que requiera que la Autoridad de Vivienda proporcione una adaptación razonable para poder utilizar este programa?	SÍ	NO
• En caso afirmativo, ¿quién en el hogar tiene una discapacidad permanente? <input type="checkbox"/> Jefe del hogar <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro adulto		
¿Usted o un miembro de su hogar necesita características de accesibilidad a la unidad para poder utilizar este programa?	SÍ	NO
• En caso afirmativo, indique cuáles características requiere: <input type="checkbox"/> Barra de agarre en el baño <input type="checkbox"/> Rampa para silla de ruedas <input type="checkbox"/> Unidad en primer piso <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		

Certificación: Por la presente certifico bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, toda la información que he proporcionado en esta pre-solicitud es fiel y verdadera y por la presente autorizo a la verificación de los puntos de arriba, incluido pero no limitado a, obtener un informe crediticio. El Departamento de Vivienda del Condado de San Bernardino (*Housing Authority of the County of San Bernardino*, HACSB por sus siglas en inglés) ha adoptado la política de realizar una verificación de antecedentes penales para todos los miembros adultos del hogar. Entiendo que proporcionar información falsa puede ser motivo para denegar mi solicitud. También entiendo que debo proporcionar al Departamento de Vivienda del Condado de San Bernardino (HACSB) o sus representantes designados la verificación y/o comprobante para justificar todas y cada una de las afirmaciones que he hecho en esta pre-solicitud.

Nombre en mayúsculas del Jefe del grupo familiar

Firma del Jefe del grupo familiar

Fecha

Los solicitantes serán asignados en orden según la fecha de recibo de la pre-solicitud y las preferencias especificadas siempre que la pre-solicitud sea enviada al Departamento de Vivienda dentro de 30 días desde la fecha/hora estampada en la casilla de la primera página. Las pre-solicitudes recibidas después de 30 días o impresas desde nuestro sitio web serán ordenadas basándose en la fecha y hora en que se recibió la pre-solicitud. Los cambios a su dirección postal, composición del grupo familiar e ingresos deben ser informados por escrito: por correo postal a la dirección indicada en la parte de arriba de la página 1; o por correo electrónico a [AIB@hacsb.com](mailto:AIB@hacsb.com). Nos pondremos en contacto por correo si su aplicación es retirada de la lista de espera.

**Política de antecedentes penales:** El Departamento de Vivienda recomienda a todas las personas que necesiten ayuda de vivienda para que postulen a nuestros programas de vivienda disponibles. El Departamento de Vivienda realizará una verificación de antecedentes penales cuando su solicitud sea procesada para determinar su elegibilidad. El registro de antecedentes penales de cada persona es revisada para su cumplimiento de la policía, sin embargo el HACSB hace todos los esfuerzos para proporcionar acceso a sus programas de vivienda. La consideración de circunstancias y prueba de esfuerzos de buena fe para abordar historial penal previo se tomara en cuenta caso por caso.

**Límites de ingreso del programa 2017**

Para este programa el ingreso de las familias no puede superar las cantidades indicadas abajo:

<u>Tamaño de la familia</u>	<u>Límite de ingreso</u>
<u>1 persona</u>	<u>\$ 36,150</u>
<u>2 personas</u>	<u>\$ 41,300</u>
<u>3 personas</u>	<u>\$ 46,450</u>
<u>4 personas</u>	<u>\$ 51,600</u>
<u>5 personas</u>	<u>\$ 55,750</u>
<u>6 personas</u>	<u>\$ 59,900</u>
<u>7 personas</u>	<u>\$ 64,000</u>
<u>8 personas</u>	<u>\$ 68,150</u>

**Instalaciones Razonables:** Si usted o un miembro de su hogar tiene una discapacidad y cree que podría querer o necesitar un ajuste razonable puede solicitarlo en cualquier momento.



## **Aviso de derecho a un acomodo razonable**

Si usted tiene una discapacidad y como resultado de la misma necesita...

- Una excepción a las normas/políticas o a la forma cómo hacemos las cosas
- Un cambio o modificación en su apartamento
- Un cambio o modificación a alguna otra parte del edificio o el recinto
- Un cambio en la forma que nos comunicamos con usted o le entregamos información

### **Usted puede pedir este tipo de cambio, llamado ACOMODO RAZONABLE.**

Si usted puede demostrar que tiene una discapacidad y si su solicitud es razonable (no supone una “carga financiera o administrativa indebida”), intentaremos hacer los cambios que solicita.

Su solicitud será respondida en un plazo de treinta (30) días hábiles a menos que haya un problema para obtener la información que necesitamos o que usted acepte un plazo más largo. Le haremos saber si necesitamos más información o verificación de usted o si nos gustaría hablar con usted sobre otras formas de satisfacer sus necesidades.

Si su solicitud es rechazada, le explicaremos las razones y usted nos puede dar más información si cree que nos ayudaría a reconsiderar la decisión.

Si necesita ayuda para llenar el **FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE (REASONABLE ACCOMMODATION REQUEST FORM)** o si quiere entregarnos su solicitud de alguna otra forma, también le ayudaremos.

Puede obtener un **FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE** en la Oficina de administración (Management Office).

El Departamento de Vivienda del Condado de San Bernardino (**Housing Authority of the County of San Bernardino**) no discrimina por condición de discapacidad el ingreso o acceso, o tratamiento o empleo, en sus programas o actividades con fondos federales.



*El Departamento de Vivienda del Condado de San Bernardino es un empleador y proveedor de vivienda que ofrece igualdad de oportunidades*