



**Este documento puede ser solicitado entregarse en forma accesible a las personas con discapacidades previo pedido.
Pre-solicitud de lista de espera para la comunidad Region 4 de vivienda asequible**

P.O. Box 1787, San Bernardino, CA 92402

Se están aceptando solicitudes para familias que demuestren necesitar apartamentos de dos (2) y tres (3) recamaras en la Ciudad de Barstow. La lista de espera para familias que califican para apartamentos de una (1) recamara están cerradas. Los apartamentos se asignan a las familias de dos (2) personas por recamara.

Instrucciones: Imprima toda su información y asegure de que la solicitud esté completa, sea legible y esté firmada. Envíe la pre-solicitud completa a la Unidad de Listas 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 mantener. Las 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: _____ Número de niños: _____	
Ciudad, estado, código Zip:	¿Su hogar incluye un cónyuge/cojefe de hogar? SI NO	
Número de teléfono: ()	Ingreso total mensual familiar: \$ _____ X 12 \$ _____	
E-mail address: _____	Tipo de ingreso:	
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		

Por favor **circule** su respuesta a todas las siguientes preguntas:

¿Incluye un asistente que vive en casa?	SÍ	NO
¿Actualmente no tiene vivienda?	SÍ	NO
¿Usted o algún miembro de su hogar tiene una discapacidad que requiera que la Autoridad de Vivienda proporcione acomodación para una recamara separada para un miembro del hogar?	SÍ	NO
¿Usted o algún miembro de su hogar tiene una discapacidad que requiera que la Autoridad de Vivienda proporcione una acomodación razonable para poder utilizar este programa?	SÍ	NO
• En caso afirmativo, ¿que acomodación necesita? <input type="checkbox"/> Recamara adicional para equipo médico <input type="checkbox"/> Recamara adicional para miembro de familia <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
¿Usted o ulgun 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)		

Declaración: Por este medio declaro bajo pena de perjurio, que a mi saber y entender, toda la información que he dado en esta pre-solicitud es verdadera y correcta; y autorizo a la verificación de los datos mencionados arriba, incluyendo obtener un informe de credito. La Autoridad de Vivienda (Housing Authority) del Condado de San Bernardino (HACSB) ha adoptado la política de investigar y verificar si los adultos en la familia tienen antecedentes penales. Entiendo que dar información falsa puede ser motivo para rechazar mi solicitud. También entiendo que debo entregar a HACSB verificación y/o comprobante para justificar las declaraciones 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 agregados en orden según la fecha y hora de recibo de la pre-solicitud y las preferencias especificadas. 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. Nos pondremos en contacto por correo cuando su aplicación sea agregada a la lista de espera.

Poliza de antecedentes penales: La Autoridad de Vivienda recomienda a todas las personas que necesiten asistencia de vivienda a aplicar a nuestros programas de vivienda disponibles. HACSB llevara a cabo una investigación de antecedentes penales cuando su solicitud sea procesada para determinar su elegibilidad. La investigación de antecedentes penales de cada persona es revisada de acuerdo a la póliza, sin embargo HACSB hace todos los esfuerzos para proveer acceso a sus programas de vivienda. Consideración de circunstancias y prueba de esfuerzos de buena fe para abordar historial penal previa se tomara en cuenta caso por caso.

Límites de ingreso del programa 2018

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>\$ 37,750</u>
<u>2 personas</u>	<u>\$ 43,150</u>
<u>3 personas</u>	<u>\$ 48,550</u>
<u>4 personas</u>	<u>\$ 53,900</u>
<u>5 personas</u>	<u>\$ 58,250</u>
<u>6 personas</u>	<u>\$ 62,550</u>
<u>7 personas</u>	<u>\$ 66,850</u>
<u>8 personas</u>	<u>\$ 71,150</u>

Acomodo razonable: Si usted o un miembro de su familia tiene una discapacidad y piensa que podría querer o necesitar un acomodo razonable puede pedirlo 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

