



This document can be provided in a format accessible to persons with disabilities upon request

Project Based Program – Region 5 Scattered Sites Waiting List Pre-Application

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

Están siendo aceptadas solicitudes de hogares que califiquen para apartamentos de tres (3) dormitorios. La lista de espera para hogares que califiquen para apartamentos de uno (1), y dos (2) dormitorios se encuentra actualmente cerrada. La asignación de dormitorios a los hogares se basa en dos (2) personas por dormitorio. El jefe de hogar no está obligado a compartir el dormitorio a menos que sea con su cónyuge o pareja. La región 4 está compuesta por las siguientes ciudades: Joshua Tree, Twentynine Palms and Yucca Valley.

Instrucciones: Imprima toda la información y asegúrese de que la solicitud esté completa, sea legible y esté firmada. Envíe la pre solicitud completa a la Unidad de Listas de Espera HACSB a la dirección arriba. Una vez que su nombre se coloque en la lista de espera, usted recibirá una carta como acuse de recibo, la cual debe mantener para su registro. Las solicitudes incompletas serán devueltas sin que su nombre sea incluido en una 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: Número de teléfono: () | | ¿Su hogar incluye un cónyuge/cojefe de hogar? Sí No |
| E-mail address: _____ 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 | | Ingreso total mensual familiar: \$ _____ X 12 \$ _____ 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 |
| ¿Usted tiene alguna necesidad especial que requiera que la Autoridad de Vivienda proporcione alguna adaptación razonable para un dormitorio separado para un miembro del 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 <input type="checkbox"/> Niño | | |
| ¿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

En el marco del Programa de cupones basado en proyectos, la Autoridad de Vivienda realiza un contrato de asistencia con el propietario por unidades especificadas por un periodo de tiempo determinado. Una vez que el hogar es considerado elegible, el hogar celebra un contrato de obligaciones familiares para poder acceder a la unidad subvencionada. La Autoridad de Vivienda refiere a hogares en su lista de espera al propietario del proyecto para llenar las vacantes. Ya que la asistencia se encuentra sujeta a una unidad, una familia que se muda de la unidad (voluntariamente o por medio del desalojo), no tiene derecho a continuar con la asistencia de vivienda basada en proyectos.

Los solicitantes serán colocados en orden de acuerdo con la fecha en que la pre solicitud sea recibida y las preferencias especificadas. Los cambios de su domicilio postal, composición familiar e ingresos deben ser enviados por escrito ya sea por: correo a la dirección mencionada en el encabezado de la página 1; o por correo electrónico a AIB@hacsb.com. Usted será contactado por correo cuando su solicitud sea seleccionada de la lista de espera.

Política de antecedentes penales: La Autoridad de Vivienda alienta a todas las personas que necesiten asistencia de vivienda a que presenten una solicitud para nuestros programas de vivienda disponibles. La Autoridad de Vivienda realizará una revisión de antecedentes penales cuando su solicitud sea procesada para la elegibilidad. El registro de antecedentes penales de cada persona se revisa para el cumplimiento de la política, sin embargo, HACSB hace todos los esfuerzos para proporcionar acceso a sus programas de vivienda. Se considerarán las circunstancias y la evidencia de esfuerzos de buena fe para abordar el historial penal y se considerará cada caso en particular.

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.

