

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Complete toda la información solicitada con tinta. No deje espacios en blanco, si la pregunta no aplica, ingrese N/A, si no entiende una pregunta, o si necesita ayuda para completar este formulario, por favor pregunte. Es posible que esta agencia no pueda procesar su solicitud si está incompleta. Si la información enviada en esta solicitud cambia, comuníquese con la oficina para actualizarla lo antes posible. Por favor escriba claramente.

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

I. Datos del Solicitante

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código.Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código.Postal \_\_\_\_\_

II. Información de los miembros del hogar: Favor enumere todas las personas que vivirán en la unidad asistida incluyendo el solicitante.

PROPORCIONE LA IDENTIFICACIÓN DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR (tal como: licencia de conducir, identificación estatal, tarjetas de seguro social, certificados de nacimiento, etc.). Si corresponde, proporcione órdenes judiciales de custodia. Si no tiene esta información, informe al personal de la agencia para que puedan ayudarlo a obtener la documentación adecuada.

Table with 7 columns: Nombre, Sexo, Relación con el solicitante, Fecha de nacimiento, Lugar de nacimiento, Número de Seguro Social, \*Raza o Hispano. Includes a row for \*Raza: Blanco, Negro, Indio Americano/Nativo de Alaska, Asiático o de las islas del Pacífico, Hispano, Otro

No se requiere informar si alguien en su hogar tiene una discapacidad; sin embargo, si un miembro del hogar tiene una discapacidad, puede calificar para deducciones adicionales en el monto de su alquiler. ¿Algún miembro del hogar tiene alguna discapacidad? [ ] Si [ ] No [ ] Prefiero no responder De ser afirmativo indique nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Hay algún tipo de alojamiento específico que le gustaría solicitar que le permitirá aprovechar plenamente nuestros programas? [ ] Si [ ] No De ser afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si desea puede indicar la información de contacto de una persona alterna. Si no podemos comunicarnos con usted, nos comunicaremos con la persona alterna en su nombre. NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

III. Ingresos del Hogar

A continuación, proporcione información de ingresos/ganancias de todos los miembros del hogar. Estos ingresos pueden incluir, entre otros: ingresos por empleo, por trabajo por cuenta propia, compensación por desempleo, seguro social, K-TAP, ingresos por discapacidad, manutención infantil, pensiones, ingresos por cuidado de niños, por trabajos ocasionales, etc. Si no tiene ingresos, escriba NINGUNO.

Table with 7 columns: Nombre de miembro del hogar receptor de ingresos, Ingreso bruto semanal por empleo o trabajo por cuenta propia y nombre del empleador, Beneficios por desempleo, Beneficios mensuales por cuenta del Seguro Social, Ingreso mensual por K-TAP, Ingreso mensual por manutención infantil, Otros ingresos indique tipo y monto mensual

¿Alguien en su hogar tiene otros ingresos/ganancias o recibe algún dinero que no se menciona arriba? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, indique el tipo y la cantidad mensual: \_\_\_\_\_

¿Alguien te ayuda a pagar tus facturas? [ ] Si [ ] No De ser afirmativo, indique nombre y monto mensual \_\_\_\_\_

ADVERTENCIA: La Sección 1001, del Título 18 del código de EE. UU., Tipifica como delito hacer intencionalmente declaraciones falsas o la falsificación ante cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

**IV. Activos del hogar:**

¿Alguien en su hogar tiene una cuenta corriente?  Si  No

Saldo \$ \_\_\_\_\_ Nombre del banco: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar tiene una cuenta de ahorros?  Si  No

Saldo \$ \_\_\_\_\_ Nombre del banco: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar posee bienes raíces o propiedades?  Si  No

Tipo \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes: Cuenta Money Market?  Si  No; Certificado de Depósito?  Si  No; Cuenta IRA?  Si  No; Acciones?  Si  No; Bonos  Si  No; Otro (indique) \_\_\_\_\_

Alguien en su hogar ha dispuesto de un activo por menos del valor justo de mercado en los últimos dos años?  Si  No  
De ser afirmativo, indique \_\_\_\_\_

**V. Preferencias:**

Esta agencia da preferencia a los hogares que están \_\_\_\_\_.

¿Su hogar califica para esta preferencia?  Si  No

**VI. Deducciones Potenciales**

**A. Cuidado de niños**

¿En su hogar tiene gastos de cuidado de niños no reembolsados?  Si  No Si es afirmativo por favor detalle:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Lista de niños en cuidado: \_\_\_\_\_

Monto mensual pagado por el hogar: \$ \_\_\_\_\_

**B. Gastos médicos/por discapacidad**

¿En su hogar tiene gastos médicos/por discapacidad no reembolsados?  Si  No Si es afirmativo por favor detalle:

(1) Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Monto mensual pagado por el hogar: \$ \_\_\_\_\_

(2) Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Monto mensual pagado por el hogar: \$ \_\_\_\_\_ (Si necesita espacio adicional, anexe una hoja adicional.)

**VII. Conflicto de Interés**

¿Es usted un empleado o miembro de la directiva de esta agencia?  Si  No

¿Es usted pariente de un empleado o miembro de la directiva de esta agencia?  Si  No

Si contesta afirmativamente a una de las preguntas anteriores, por favor explique:

**VIII. Firmas/Certificación de información veraz y correcta**

Tras la entrega de esta solicitud ya completada, esta agencia comenzará a procesar su solicitud de asistencia. Algunos programas pueden tener una lista de espera y, de ser así, se le colocará en dicha lista. Si no califica, se le notificará por escrito.

Todos los miembros adultos del hogar, mayores de 18 años, deben firmar esta solicitud.

Por la presente certifico/certificamos que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, y que yo/nosotros no hemos ocultado a sabiendas ningún hecho o circunstancia que, si se divulgara, afectaría esta solicitud de manera desfavorable. Por la presente autorizo/autorizamos que se realicen las pesquisas necesarias para verificar la información proporcionada en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del cónyugue)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**ADVERTENCIA: La Sección 1001, del Título 18 del código de EE. UU., Tipifica como delito hacer intencionalmente declaraciones falsas o la falsificación ante cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su jurisdicción.**

## Verificación de recepción de documentos requeridos

---

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX- \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (letra de imprenta) (Últimos 4 dígitos)

Se debe proporcionar al cliente la información que se detalla a continuación. La firma del cliente en este documento, cuando se mantenga en el archivo del cliente, servirá como prueba de entrega al cliente. Marque las acciones correspondientes a continuación. El cliente debe poner sus iniciales después de cada casilla marcada.

- \_\_\_ Notificación de información sobre los Derechos a la Vivienda Justa entregada y revisada
- \_\_\_ Información sobre la Política de Protección de la Privacidad Personal entregada y revisada
- \_\_\_ Acuerdo de confidencialidad entregado y revisado
- \_\_\_ Política de quejas y proceso de apelaciones entregados y revisados
- \_\_\_ Política de terminación entregada y revisada
- \_\_\_ Políticas y reglas del programa entregadas y revisadas
- \_\_\_ Información concerniente a los peligros de la pintura a base de plomo entregada y revisada
- \_\_\_ Aviso de los derechos de ocupación de VAWA (Formulario HUD-5380)
- \_\_\_ Certificación VAWA de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acecho, y documentación alterna (Formulario HUD-5382)

Certifico que he proporcionado al cliente la información y las políticas indicadas anteriormente. Revisé todos los documentos/publicaciones indicados y le di al cliente la oportunidad de hacer preguntas sobre estos documentos para asegurar una comprensión completa de la información.

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de admisión o del administrador de casos Fecha

**\*\*\*\*\* TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR DEBEN FIRMAR ESTE DOCUMENTO \*\*\*\*\***

Yo/nosotros entendemos que KHC y/o HUD pueden revisar la información contenida en mi/nuestro archivo para verificar mi/nuestra elegibilidad para el programa o para propósitos de auditoría.

Certifico/certificamos que he/hemos recibido los documentos indicados anteriormente. Se nos brindó la oportunidad de hacer preguntas y obtener una respuesta satisfactoria a esas preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma otro miembro adulto del hogar Fecha



## El cliente proporcionó los documentos requeridos al finalizar la asistencia

---

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (letra de imprenta) (Últimos 4 dígitos)

Al finalizar la asistencia del programa por cualquier motivo, se requiere proporcionar al hogar del cliente la información que se indica a continuación. El personal de la agencia debe verificar todas las acciones aplicables.

- \_\_\_ Notificación por escrito de la terminación de la asistencia y el motivo de la terminación
- \_\_\_ Política de terminación de la agencia
- \_\_\_ Política de quejas de la agencia y proceso de apelaciones
- \_\_\_ Aviso de derechos de ocupación de VAWA (Formulario HUD-5380)
- \_\_\_ Certificación VAWA de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acecho y documentación alterna (Formulario HUD-5382)

Certifico que he proporcionado al hogar del cliente la información y las políticas indicadas anteriormente. Estos documentos se proporcionaron al hogar del cliente de la siguiente manera:

- Entregado personalmente al cliente       Enviado por correo a última dirección del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de la agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**ADVERTENCIA:** La Sección 1001, del Título 18 del código de EE. UU., Tipifica como delito hacer intencionalmente declaraciones falsas o la falsificación ante cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

KHC Form HCA-158T (Rev. 7/19)



## Certificación de otros subsidios

---

Nombre del hogar: \_\_\_\_\_

1. Su hogar ha solicitado recibir asistencia de esta agencia para el/los siguiente(s) asunto(s):

- Asistencia de alquiler continua comenzando: \_\_\_\_\_
  
- Asistencia de alquiler actual/vencido para el/los mes(es) de:  
\_\_\_\_\_  
(indique con círculo)
- Ayuda para depósito de seguridad para la dirección: \_\_\_\_\_
  
- Ayuda para el depósito de servicios públicos (marque con un círculo):  
Electricidad      Gas      Agua/Alcantarillado      Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
Para la dirección: \_\_\_\_\_
  
- Ayuda con la factura de servicios públicos actual/vencida del/de los mes(es) de:  
\_\_\_\_\_  
(indique con círculo)  
De los siguientes: Electricidad      Gas      Agua/Alcantarillado      Otro (especifique): \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado o recibido el mismo tipo de ayuda de otra agencia o entidad?  
\_\_\_\_\_ SI                      \_\_\_\_\_ NO

De ser afirmativo, indique:

Nombre de la agencia/entidad: \_\_\_\_\_

Tipo de ayuda: \_\_\_\_\_

Fechas de ayuda: \_\_\_\_\_

### Certificación

Entiendo que cualquier tergiversación de la información o no divulgación de la información solicitada en este formulario puede descalificarme de participar en el programa al que estoy aplicando y puede ser motivo para la terminación de la ayuda. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**

KHC Form HCA-303 (Rev. 5/21)



DECLARACIÓN PERSONAL

Complete toda la información solicitada con tinta. No deje espacios en blanco, si la pregunta no aplica, ingrese N/A, si no entiende una pregunta, o si necesita ayuda para completar este formulario, por favor pregunte. Es posible que esta agencia no pueda procesar su solicitud si está incompleta. Si la información enviada en esta solicitud cambia, comuníquese con la oficina para actualizarla lo antes posible. Por favor escriba claramente.

Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

I. Información del hogar

Nombre del jefe del hogar \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
Dirección de la unidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código. Postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

II. Información de los miembros del hogar: Favor enumere todas las personas que vivirán en la unidad asistida incluyendo el solicitante.

PROPORCIONE LA IDENTIFICACIÓN DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR (tal como: licencia de conducir, identificación estatal, tarjetas de seguro social, certificados de nacimiento, etc.). Si corresponde, proporcione órdenes judiciales de custodia. Si no tiene esta información, informe al personal de la agencia para que puedan ayudarlo a obtener la documentación adecuada.

Table with 7 columns: Nombre, Sexo, Relación con solicitante, Fecha de Nacimiento, Lugar de Nacimiento, Seguro Social 4 últimos dígitos, \*Raza. Includes multiple rows for listing family members.

\*Raza: Blanco, Negro, Indio americano/Nativo de Alaska, Asiático o de las islas del Pacífico, Hispano, Otro

No se requiere informar si alguien en su hogar tiene una discapacidad; sin embargo, si un miembro del hogar tiene una discapacidad, puede calificar para deducciones adicionales en el monto de su alquiler. ¿Algún miembro del hogar tiene alguna discapacidad?
[ ] Si [ ] No [ ] Prefiero no responder De ser afirmativo indique nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Hay algún tipo de alojamiento específico que le gustaría solicitar que le permitirá aprovechar plenamente nuestros programas?
[ ] Si [ ] No
De ser afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si desea puede indicar la información de contacto de una persona alterna. Si no podemos comunicarnos con usted, nos comunicaremos con la persona alterna en su nombre. NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_
DIRECCION: \_\_\_\_\_

III. Ingresos del Hogar

A continuación, proporcione información de ingresos/ganancias de todos los miembros del hogar. Estos ingresos pueden incluir, entre otros: ingresos por empleo, por trabajo por cuenta propia, compensación por desempleo, seguro social, K-TAP, ingresos por discapacidad, manutención infantil, pensiones, ingresos por cuidado de niños, por trabajos ocasionales, etc. Si no tiene ingresos, escriba NINGUNO.

Table with 7 columns: Nombre de miembro del hogar receptor de ingresos, Ingreso bruto semanal por empleo o trabajo por cuenta propia y nombre del empleador, Beneficios por desempleo, Beneficios mensuales por cuenta del Seguro Social, Ingreso mensual por K-TAP, Ingreso mensual por manutención infantil, Otros ingresos indique tipo y monto mensual. Includes multiple rows for listing household members.

¿Alguien en su hogar tiene otros ingresos/ganancias o recibe algún dinero que no se menciona arriba? [ ] Sí [ ] No
En caso afirmativo, indique el tipo y la cantidad mensual: \_\_\_\_\_

¿Alguien te ayuda a pagar tus facturas?? [ ] Si [ ] No

De ser afirmativo, indique nombre y monto mensual \_\_\_\_\_

**IV. Activos del hogar:**

¿Alguien en su hogar tiene una cuenta corriente?  Si  No  
 Saldo \$ \_\_\_\_\_ Nombre del banco: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar tiene una cuenta de ahorros?  Si  No  
 Saldo \$ \_\_\_\_\_ Nombre del banco: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar posee bienes raíces o propiedades?  Si  No  
 Tipo \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes: Cuenta Money Market?  Si  No; Certificado de Depósito?  Si  No; Cuenta IRA?  Si  No; Acciones?  Si  No; Bonos  Si  No; Otro (indique) \_\_\_\_\_

Alguien en su hogar ha dispuesto de un activo por menos del valor justo de mercado en los últimos dos años?  Si  No  
 De ser afirmativo, indique \_\_\_\_\_

**V. Deduciones Potenciales**

**A. Cuidado de niños**

¿En su hogar tiene gastos de cuidado de niños no reembolsados?  Si  No Si es afirmativo por favor detalle:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Lista de niños en cuidado: \_\_\_\_\_

Monto mensual pagado por el hogar: \$ \_\_\_\_\_

**B. Gastos médicos/por discapacidad**

¿En su hogar tiene gastos médicos/por discapacidad no reembolsados?  Si  No Si es afirmativo por favor detalle:

(1) Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Monto mensual pagado por el hogar: \$ \_\_\_\_\_

(2) Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Monto mensual pagado por el hogar: \$ \_\_\_\_\_ (Si necesita espacio adicional, anexe una hoja adicional.)

**VI. Conflicto de Interés**

¿Es usted un empleado o miembro de la directiva de esta agencia?  Si  No

¿Es usted pariente de un empleado o miembro de la directiva de esta agencia?  Si  No

Si contesta afirmativamente a una de las preguntas anteriores, por favor explique:  
 \_\_\_\_\_

**Esta es una declaración de asistencia para vivienda subsidiada por el gobierno federal. Tras la devolución de este formulario completo, esta agencia comenzará el proceso de recertificación de su elegibilidad para recibir asistencia continua.**

**VII. Firmas/Certificación de información veraz y correcta**

Yo/nosotros entendemos que cualquier tergiversación de la información o no divulgación de la información solicitada en esta declaración puede descalificarme/nos de la consideración para participar en el programa de asistencia, y puede ser motivo para la terminación de la asistencia.

Todos los miembros adultos del hogar, mayores de 18 años, deben firmar esta declaración.

Por la presente certifico/certificamos que toda la información proporcionada en esta declaración es verdadera y correcta, y que yo/nosotros no he/hemos ocultado a sabiendas ningún hecho o circunstancia que, si se divulga, afectaría mi/nuestra recertificación de manera desfavorable. Por la presente autorizo/autorizamos que se realicen consultas para verificar la información proporcionada en esta declaración.

\_\_\_\_\_  
 (Firma del solicitante)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

\_\_\_\_\_  
 (Firma del cónyugue)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

**Divulgación general de conflicto de intereses**

---

Debido a que \_\_\_\_\_ usa fondos estatales y / o federales,  
(Inserte el nombre de la agencia)  
la agencia debe documentar y divulgar la naturaleza de cualquier relación que pueda existir.  
Por favor complete su nombre y dirección y proporcione las respuestas a las siguientes  
preguntas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

1. ¿Es usted empleado o miembro de la directiva de esta agencia??  Si  No
  
2. ¿Es usted pariente de un empleado o miembro de la directiva de esta agencia?  Si  No

En caso afirmativo, a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione detalles

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entiendo que cualquier tergiversación de la información o no divulgación de la información solicitada en este formulario puede descalificarme. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También entiendo que si cambian las respuestas a las preguntas anteriores, es mi responsabilidad informar esos cambios de inmediato.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos..**



# Verificación de discapacidad

Yo autorizo (agencia) \_\_\_\_\_ a obtener la información necesaria sobre mi estado de discapacidad o el de un miembro de mi hogar:

XXX-XX-

**(Letra de imprenta) Miembro discapacitado Relación con el jefe/solicitante SSN (últimos 4 dígitos)**

Entiendo que esta información es para ayudarme a calificar para una vivienda apropiada y a servicios de apoyo. Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de esta información.

**Applicant Signature**

**Date**

La persona mencionada anteriormente ha solicitado una vivienda en virtud de un programa del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) que requiere la verificación de la discapacidad según la definición aplicable de HUD. Indique qué afección(es) se le ha(n) diagnosticado a esta persona.

**1. Una condición tal que:**

- Se espera que sea de larga duración o de duración indefinida; **E**
- Impede sustancialmente la capacidad de la persona para vivir de forma independiente; **Y**
- Podría mejorarse proporcionando condiciones de vivienda más adecuadas; **Y**
- Es un impedimento físico, mental o emocional, incluido un impedimento causado por el abuso de alcohol o drogas, trastorno de estrés postraumático o lesión cerebral.

**2. Una discapacidad del desarrollo (como se define en la Sección 102 de la Ley de Asistencia para Discapacidades del Desarrollo y Declaración de Derechos del año 2000 (42 USC 15002)). Lo que significa es una discapacidad crónica grave de una persona que:**

- Es atribuible a un impedimento físico o mental o una combinación de impedimentos físicos y mentales; **Y**
- Se manifiesta antes de que el individuo alcance los 22 años; **Y**
- Es probable que continúe indefinidamente; **Y**
- Da lugar a limitaciones funcionales sustanciales en tres o más áreas de la actividad principal de la vida; (a) Cuidado personal; (b) Lenguaje receptivo y expresivo; (c) Aprendizaje; (d) Movilidad; (e) Autodirección; (f) Capacidad para la vida independiente; (g) Autosuficiencia económica; **Y**
- Refleja la necesidad del individuo de una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos, o apoyos individualizados, u otras formas de asistencia que son de por vida o de duración prolongada y se planifican y coordinan individualmente. **O**
- Se puede considerar que una persona desde el nacimiento hasta los 9 años, inclusive, que tiene un retraso sustancial en el desarrollo o una condición congénita o adquirida específica, tiene una discapacidad del desarrollo que no cumple con tres o más de los criterios descritos anteriormente pero esta persona, sin servicios y apoyos, tiene una alta probabilidad de cumplir con esos criterios más adelante en la vida.

**3. La enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier condición que surja del agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).**

**No se considera discapacitado según las definiciones anteriores.**

**Favor escribir letra de imprenta: ESTA SECCION DEBE ESTAR COMPLETA PARA SER VÁLIDA**

Nombre del funcionario certificado (escriba claramente)	
Título/número de licencia/ estado emisor (en letra de imprenta claramente)	
Dirección de oficina	
Teléfono y Fax	

Su firma a continuación certifica que la persona mencionada anteriormente cumple con la definición de discapacidad indicada anteriormente **Y** que usted tiene licencia profesional del estado en el que practica para diagnosticar y tratar la discapacidad indicada.

Firma

Fecha

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**

KHC Form HCA-123 (Rev. 8/14)



## Certificación de cero ingresos

---

Yo, \_\_\_\_\_, he solicitado asistencia de emergencia o de alquiler a través del programa \_\_\_\_\_. Las regulaciones del programa requieren la verificación de todos los ingresos de los hogares participantes.

Los ingresos incluyen pero no se limitan a:

- Ingresos brutos, salarios, pago de horas extra, comisiones, honorarios, propinas y bonificaciones
- Ingresos netos de la operación de un negocio o del alquiler de bienes inmuebles o muebles
- Intereses, dividendos y otros ingresos netos de cualquier tipo de bienes muebles e inmuebles
- Pagos periódicos recibidos del Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad o fallecimiento y otros tipos similares de recibos periódicos
- Pago(s) único(s) por el inicio retrasado de un pago periódico (excepto según lo dispuesto en 24 CFR 5.609 (b) (5))
- Pagos sustitutos de salarios, como compensación por desempleo y discapacidad, compensación para trabajadores e indemnización por despido
- Asistencia pública
- Pagos de pensión alimenticia y manutención de los hijos (ya sea a través del sistema judicial o no)
- Sueldo fijo, ingreso especial y prestaciones de un jefe de hogar o cónyuge que sea miembro de las Fuerzas Armadas (viva o no en la vivienda)
- Donaciones monetarias periódicas de familiares y/o amigos

Durante este proceso de verificación, he declarado que no tengo ingresos en este momento. No he recibido ingresos desde \_\_\_\_\_. No espero recibir ingresos hasta \_\_\_\_\_. Yo solicité \_\_\_\_\_ (otra ayuda financiera) en \_\_\_\_\_ (fecha).

Entiendo que cualquier tergiversación de la información o no divulgación de la información solicitada en este formulario puede descalificarme de participar en el programa para el que estoy aplicando y puede ser motivo para la terminación de la ayuda. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También entiendo que es mi responsabilidad informar todos los cambios en la composición o ingresos de mi hogar cuando ocurran.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**

KHC Form HCA-151 (Rev. 8/14)



## Verificación de empleo

---

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los ingresos de los participantes del programa. La información proporcionada será confidencial y se utilizará únicamente para el propósito indicado. Por la presente autorizo la divulgación de esta información.:

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) Firma del solicitante Fecha

### SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR

Empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Ocupación/cargo del empleado: \_\_\_\_\_

Empleado actualmente:  Si – Fecha de empleo \_\_\_\_\_  No – Último día de empleo \_\_\_\_\_

Salario/Ingreso **Actual**: \$ \_\_\_\_\_  
(indique con círculo) por hora semanal bisemanal quincenal mensual anual otro \_\_\_\_\_

# promedio horas regulares por semana: \_\_\_\_\_ Ingresos año a la fecha: \$ \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pago X hora extra: \$ \_\_\_\_\_ por hora # promedio de horas extra por semana: \_\_\_\_\_

Tasa diferencial de turno: \$ \_\_\_\_\_ por hora # promedio de horas de diferencia de turno: \_\_\_\_\_

Comisiones, bonos, propinas, otros: \$ \_\_\_\_\_  
(indique con círculo) por hora semanal bisemanal quincenal mensual anual otro \_\_\_\_\_

Indique cualquier cambio previsto en el pago del empleado dentro de los próximos 12 meses: \_\_\_\_\_

Si el trabajo del empleado es estacional o esporádico, indique el(los) período(s) de descanso: \_\_\_\_\_

Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador Nombre del empleador Fecha

No. teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**



## Verificación de empleo

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los ingresos de los participantes del programa. La información proporcionada será confidencial y se utilizará únicamente para el propósito indicado. Por la presente autorizo la divulgación de esta información.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta) Firma del solicitante Fecha

### SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Ocupación/cargo del empleado: \_\_\_\_\_

Empleado actualmente:  Si – Fecha de empleo \_\_\_\_\_  No – Último día de empleo \_\_\_\_\_

Salario/Ingreso **Actual**: \$ \_\_\_\_\_  
(indique con círculo) por hora semanal bisemanal quincenal mensual anual otro \_\_\_\_\_

# promedio horas regulares por semana: \_\_\_\_\_ Ingresos año a la fecha: \$ \_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pago X hora extra: \$ \_\_\_\_\_ por hora # promedio de horas extra por semana: \_\_\_\_\_

¿Está garantizado el sobretiempo? \_\_\_\_ ¿Continuará el sobretiempo? \_\_\_\_ Si es así, por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Tasa diferencial de turno: \$ \_\_\_\_\_ por hora # promedio de horas de diferencia de turno: \_\_\_\_\_

Comisiones, bonos, propinas, otros: \$ \_\_\_\_\_  
(indique con círculo) por hora semanal bisemanal quincenal mensual anual otro \_\_\_\_\_

Indique cualquier cambio previsto en el pago del empleado dentro de los próximos 12 meses: \_\_\_\_\_

Si el trabajo del empleado es estacional o esporádico, indique el(los) período(s) de descanso: \_\_\_\_\_

Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_

Firma del empleador Nombre del empleador Fecha

No. teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos**

KHC Form HCA-138.5 (Rev. 4/21)



**DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS POR TRABAJO POR CUENTA PROPIA**

Este declarante(s) (Nombre) \_\_\_\_\_ de(Dirección) \_\_\_\_\_ habiendo sido debidamente juramentado declara y dice que es \_\_\_\_\_ por cuenta propia, siendo su ocupación \_\_\_\_\_.

El lugar de trabajo de los declarantes se encuentra en \_\_\_\_\_.

Firmo esta declaración bajo pena de perjurio y con pleno conocimiento de las repercusiones de la falsificación intencionada y los juramentos falsos según la ley de Kentucky.

**ESTADO DE INGRESOS DEL NEGOCIO**

- A. INGRESOS BRUTOS: \$ \_\_\_\_\_  
El período de tiempo cubierto por los ingresos BRUTOS (debe ser de más de 12 meses o un período más corto):  
Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_
- B. GASTOS – Suma todos los gastos incurridos en el desempeño de este negocio:
  - 1. Costo de los productos y/o materiales \$ \_\_\_\_\_
  - 2. Renta (Sólo ubicación de la empresa) \$ \_\_\_\_\_
  - 3. Servicios públicos (agua, electricidad, teléfono, internet, etc. solo de la empresa) \$ \_\_\_\_\_
  - 4. Derechos de licencia \$ \_\_\_\_\_
  - 5. Otro (especifique) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
  - Otro (especifique) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
  - 6. Número de empleados \_\_\_\_\_
  - 7. Salarios de los empleados (no incluir propio y familia) \$ \_\_\_\_\_
  - 8. Salario del propietario (propio y familiar) \$ \_\_\_\_\_
- C. INGRESOS BRUTOS (de "A." arriba) \$ \_\_\_\_\_  
MENOS TOTAL GASTOS (de "B. 8" arriba) \$ \_\_\_\_\_  
**IGUAL A INGRESO NETO** \$ \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\* DEBE ANEXAR LA COPIA DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERAL MÁS RECIENTE \*\*\*\*\***

La información anterior es correcta a mi leal saber y entender, y estoy de acuerdo en notificar a \_\_\_\_\_ anualmente sobre cualquier cambio.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

**NOTARIO**

Estado de \_\_\_\_\_  
País de \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, Notario Público, por la presente certifico que en este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, la persona cuya firma está arriba y a quien conozco personalmente o proporcionó evidencia de la misma, compareció ante mí, y juró y reconoció que ejecutó la misma para el propósito y en la capacidad aquí expresada, y que las declaraciones contenidas en el mismo son verdaderas y correctas.

\_\_\_\_\_  
Notario Público, Estado de \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA:** Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.



**DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS POR TRABAJO POR CUENTA PROPIA**

---

Nombre, impreso o escrito: \_\_\_\_\_

Mi Comisión vence: \_\_\_\_\_

---

ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.

KHC Form HCA-140 (Rev.8/18)



**FORMULARIO PARA CÁLCULO DE INGRESOS NETOS**

Utilizando la información proporcionada por las declaraciones de impuestos del cliente, complete el formulario a continuación para calcular el INGRESO NETO de los trabajadores por cuenta propia o de una empresa. Solo se deben usar las transcripciones oficiales del IRS para calcular los ingresos oficiales.

<p><b>Año fiscal:</b> _____</p> <p><b>Ingresos brutos:</b> _____</p> <p><b>GASTOS</b></p> <p>Costo productos y/o materiales \$ _____</p> <p>Renta (de la empresa) \$ _____</p> <p>Servicios públicos (empresa) \$ _____</p> <p>Derechos de licencia \$ _____</p> <p>Otro: _____ \$ _____</p> <p>Número de empleados _____</p> <p>Salarios empleados \$ _____</p> <p>Salario propietario \$ _____</p> <p align="right"><b>TOTAL GASTOS</b> \$ _____</p> <p><b>Ingresos Brutos</b> \$ _____</p> <p>(menos) <b>Gastos</b> \$ _____</p> <p>(igual a) <b>INGRESO NETO</b> \$ _____</p>	<p><b>Año fiscal:</b> _____</p> <p><b>Ingresos brutos:</b> _____</p> <p><b>GASTOS</b></p> <p>Costo productos y/o materiales \$ _____</p> <p>Renta (de la empresa) \$ _____</p> <p>Servicios públicos (empresa) \$ _____</p> <p>Derechos de licencia \$ _____</p> <p>Otro: _____ \$ _____</p> <p>Número de empleados _____</p> <p>Salarios empleados \$ _____</p> <p>Salario propietario \$ _____</p> <p align="right"><b>TOTAL GASTOS</b> \$ _____</p> <p><b>Ingresos Brutos</b> \$ _____</p> <p>(menos) <b>Gastos</b> \$ _____</p> <p>(igual a) <b>INGRESO NETO</b> \$ _____</p>
---	---

Cálculos realizados por (escriba nombre): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.



## Verificación de beneficios o pensión

---

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX- \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos todos los ingresos familiares del participante del programa. La información proporcionada será confidencial. Complete toda la información a continuación.

Por la presente autorizo la divulgación de esta información:

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) Firma del solicitante Fecha

**SECCIÓN ABAJO A SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS**

Monto del pago mensual al participante: \$ \_\_\_\_\_

**O**

Monto de pagos semanales al participante: \$ \_\_\_\_\_

Fecha inicio de pagos: \_\_\_\_\_ Fecha fin de pagos: \_\_\_\_\_

Deducciones de ingresos brutos por primas de seguro médico: \$ \_\_\_\_\_

Tipo de beneficio (marque uno):  Pensión  Renta vitalicia  Jubilación  VA  K-TAP  
 Seguro social  Desempleo  Parentesco  Asistencia social  Otro (favor explique):

**Certifico que esta información es verdadera y completa.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Cargo Agencia/Compañía Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**



## Declaración jurada de manutención infantil

Nombre del hogar del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

La manutención infantil recibida debe incluirse como ingreso, ya sea que haya o no una orden judicial que otorgue el pago. Los montos de manutención de menores otorgados por los tribunales, pero no recibidos pueden excluirse solo cuando el hogar del cliente certifica que no se están realizando los pagos y el hogar del cliente proporciona más pruebas de que todas las acciones legales razonables para cobrar los montos adeudados, incluida la presentación ante los tribunales o agencias correspondientes responsables de hacer cumplir el pago, se han tomado. Como parte del proceso de calificación requerido por los programas de vivienda federales y/o estatales, se necesita la siguiente información. Complete un formulario para cada niño.

<b>A. ¿Usted recibe manutención infantil?</b>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Ir a B</b>	<b>Ir a C.1</b>
<b>B. Yo recibo:</b>		
1. Monto del pago: _____		
2. Frecuencia: _____		
3. Nombre del origen: _____		
4. Ir a C.1		
<b>C. 1. ¿Se le ha otorgado manutención infantil por orden judicial?</b>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Ir a C.2</b>	<b>Ir a D.</b>
2. <b>Suministre una copia del documento completo (orden judicial), e ingrese el monto adjudicado</b> \$ _____, y frecuencia _____; Ir a C.3.		
3. <b>¿Se está recibiendo el pago como se otorgó?</b>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Ir a 3. a</b>	<b>Ir a 3. b</b>
<b>a. Indique la forma en que se recibe el pago y firme formulario.</b>		
i. _____ Agencia encargada de ejecución _____	Nombre de la agencia y documento de la agencia	
ii. _____ Tribunal de Justicia _____	Nombre del tribunal de justicia	
iii. _____ Directamente del responsable _____	Nombre del responsable y declaración jurada del mismo.	
iv. _____ Otro _____	Explique	
<b>b. Si no se recibe el pago o el monto recibido es menor al monto adjudicado, proporcione detalles y documentación de las gestiones de cobranza.</b>		
_____		
_____		
_____		
_____		
<b>D. ¿Recibe manutención infantil no otorgada por orden judicial?</b>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>En caso afirmativo, indique la cantidad:</b> _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	<b>Firmar formulario</b>	<b>Firmar formulario</b>
Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta declaración jurada es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de la asistencia.		
Firma del solicitante/residente _____	Fecha de la firma _____	

ADVERTENCIA: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. Tipifica como delito la realización de declaraciones falsas y deliberadas de tergiversación ante cualquier departamento o agencia de los EE. UU. Sobre cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

KHC form HCA 161 (Rev. 8/18)



## Verificación de manutención infantil

---

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los ingresos de los participantes del programa. Por favor complete toda la información a continuación.

Por la presente autorizo la divulgación de esta información:

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) Firma del solicitante Fecha

**SECCIÓN A CONTINUACIÓN A SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE MANUTENCIÓN INFANTIL**

Monto de pagos de manutención infantil: \$ \_\_\_\_\_ semanal; \$ \_\_\_\_\_ mensual; \$ \_\_\_\_\_ otro  
Si no es constante, indique la cantidad total en los últimos seis meses: \$ \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de los pagos de manutención infantil: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

Nombres de los niños por los que se realizan los pagos:

Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre

**Certifico que esta información es verdadera y completa.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

\_\_\_\_\_  
Cargo o relación con el participante (agencia si corresponde)

---

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**



## Verificación de apoyo informal

---

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los ingresos de los participantes del programa. Por favor complete toda la información a continuación.

Por la presente autorizo la divulgación de esta información:

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) Firma del solicitante Fecha

**SIGUIENTE SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE APOYO INFORMAL**

Certifico que proporciono asistencia financiera de \$\_\_\_\_\_  semanal  mensual

La asistencia proporcionada es para: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Certifico que esta información es verdadera y completa.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con participante Agencia (si aplica) Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

---

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**



## Verificación de activos

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX- \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los ingresos de los participantes del programa. Por favor complete toda la información a continuación.

Por la presente autorizo la divulgación de esta información.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### SECCIÓN A CONTINUACIÓN A SER COMPLETADA POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA

	<u>Saldo actual</u>	<u>Tasa de interés en la cuenta</u>	<u>Fecha apertura de la cuenta</u>
Cuenta corriente #1:	\$ _____	\$ _____	_____
Cuenta corriente #2:	\$ _____	\$ _____	_____

	<u>Saldo actual</u>	<u>Tasa de interés en la cuenta</u>	<u>Fecha apertura de la cuenta</u>
Cuenta de ahorro #1:	\$ _____	\$ _____	_____
Cuenta de ahorro #2:	\$ _____	\$ _____	_____

Otra cuentas:

<u>Tipo de cuenta</u>	<u>Saldo actual</u>	<u>Tasa de interés en la cuenta</u>	<u>Fecha apertura de la cuenta</u>
_____	\$ _____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	\$ _____	_____

**Certifico que esta información es exacta.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)                      Cargo                      Firma                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Institución financiera                      Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**



**Verificación de seguro de vida**  
(Solo pólizas de vida entera o de vida universal)

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX- \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los ingresos de los participantes del programa. Por favor complete toda la información a continuación.

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de esta información.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante Fecha

**SECCIÓN A CONTINUACIÓN A SER COMPLETADA POR LA AGENCIA ASEGURADORA**

<u>#Cuenta de la póliza</u>	<u>Valor de rescate en efectivo</u>	<u>Dividendo anual/tasa de interés*</u> (incluso si se reinvierte)
Cuenta #1: # _____	\$ _____	% _____
Cuenta #2: # _____	\$ _____	% _____
Cuenta #3: # _____	\$ _____	% _____
Cuenta #4: # _____	\$ _____	% _____

\* Proporcionar la cantidad independientemente de si la persona ha optado por reinvertir intereses/dividendos.

**Certifico que esta información es exacta.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) Cargo Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Institución financiera Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**



## Verificación de gastos de cuidado infantil

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los gastos pagados por el cuidado de los hijos dependientes, lo que permite que el miembro de la familia trabaje o asista a la escuela. Los montos proporcionados deben haber sido pagados por el participante y no pueden ser reembolsados por otra fuente.

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de esta información y certifico que no se me reembolsará de ninguna otra fuente el monto pagado:

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

Al firmar a continuación, certifico que proporciono servicios de cuidado infantil para el participante arriba mencionado y recibo la cantidad de compensación indicada. Por favor complete toda la información solicitada.

Nombres de los niños a los que se les brinda cuidado infantil:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

Yo recibo \$ \_\_\_\_\_ semanal por servicios **(O)** recibo \$ \_\_\_\_\_ mensual por servicios.

Fecha inicio de cuidado infantil: \_\_\_\_\_ número de horas: \_\_\_\_\_ diario **(O)** \_\_\_\_\_  
semanal **(O)** \_\_\_\_\_ mensual.

¿Alguna parte de los gastos de cuidado infantil es pagada por otra fuente?  Si  No

**Si afirmativo:** Monto total cuidado infantil: \$ \_\_\_\_\_ Monto pagado por otro: \$ \_\_\_\_\_

Si se reciben montos por cuidado infantil durante días festivos, vacaciones, etc., proporcione las fechas y el monto recibido: \_\_\_\_\_

Certifico que esta información es exacta:

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de cuidado infantil

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Centro de cuidado infantil (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
# Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**

## Verificación de gastos médicos

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los gastos médicos pagados por los participantes del programa. Esta información debe ser proporcionada por un tercero, como un médico o farmacéuta, familiarizado con los gastos médicos a ser pagados por el participante, reales o estimados, para los próximos 12 meses. Si no está disponible, proporcione los gastos médicos de los últimos 12 meses. Los gastos no incluyen los montos cubiertos por el seguro o reembolsados al participante.

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de esta información y certifico que no se me reembolsará de ninguna fuente el monto pagado:

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SIGUIENTE SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO, FARMACEUTA O PERSONAL DE OFICINA**

Descripción de gastos médicos	Monto total pagado por el propio participante	
	Estimado 12 Meses	(O) Últimos 12 Meses

Esta información ha sido suministrada por:

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cargo

\_\_\_\_\_  
Nombre del negocio

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**

## Verificación de gastos de aparatos auxiliares

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales requieren que verifiquemos los gastos médicos pagados por los solicitantes del programa. Esta información incluye los gastos médicos estimados a ser pagados por el participante (p. Ej., Silla de ruedas, andador, rampa, gastos por problemas de visión, etc.) para el período previsto de los próximos 12 meses. Si no está disponible, proporcione los gastos médicos de los últimos 12 meses. Los gastos no incluyen los montos cubiertos por el seguro o reembolsados al participante.

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de esta información y certifico que no se me reembolsará de ninguna fuente el monto pagado:

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante Fecha

**SIGUIENTE SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL DOCTOR O PERSONAL DE LA OFICINA**

Descripción de los gastos	Monto total pagado por el propio participante	
	Estimado 12 Meses (O)	Últimos 12 Meses

Esta información ha sido suministrada por:

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Cargo Nombre del negocio Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**



## Verificación de gastos de cuidado personal

RE: \_\_\_\_\_ SSN XXX-XX-  
Nombre del solicitante (en letra de imprenta) (últimos 4 dígitos)

La persona arriba mencionada es un participante en un programa de vivienda con asistencia federal. Las regulaciones federales exigen que verifiquemos los gastos de cuidado personal pagados por los costos anticipados y no reembolsados. Los montos provistos deben haber sido pagados por el individuo o miembro de la familia y no pueden ser reembolsados por otra fuente.

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de esta información y certifico que no se me reembolsará de ninguna fuente el monto pagado:

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### SIGUIENTE SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO PERSONAL

Al firmar a continuación, certifico que proporciono cuidado personal al participante mencionado anteriormente y recibo la cantidad de compensación indicada.

¿Alguna parte de los gastos cuidado personal es pagada por otra fuente?  Si  No

**Si afirmativo:** Monto total: \$ \_\_\_\_\_ Monto pagado por otra fuente: \$ \_\_\_\_\_

Yo recibo \$ \_\_\_\_\_ semanales por servicio **(O)** Yo recibo \$ \_\_\_\_\_ mensuales por servicios.

Fecha de inicio del cuidado personal: \_\_\_\_\_.

Número de horas que se brinda cuidado personal: \_\_\_\_\_ x día **(O)** \_\_\_\_\_ semana **(O)** \_\_\_\_\_ mes.

Si se reciben montos por atención de asistente durante días festivos, vacaciones, etc., proporcione las fechas y el monto recibido: \_\_\_\_\_

**Certifico que esta información es verdadera y completa.**

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de cuidado personal

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Centro de cuidado personal (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

**ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.**

## Declaración de presupuesto familiar

Instrucciones: Complete el cuestionario a continuación. Para preguntas con una respuesta "Si" o "No", coloque una "X" en la columna correspondiente. Para preguntas que requieran una respuesta diferente a si o no, escriba su respuesta en el cuadro de respuesta que corresponde a esa pregunta.

<b>Transporte</b>	
Alguien en su hogar:	
¿Tiene un automóvil u otro vehículo de motor?	<b>Si</b> <b>No</b>
¿El coche/vehículo está registrado y con licencia?	
¿Tiene seguro de auto?	
Si es afirmativo, ¿Cuál es la prima mensual del seguro?	
¿Hay pagos por préstamo de automóvil?	
Si es afirmativo, ¿Cuánto se paga mensualmente?	
¿Cuánto, en promedio, paga por la gasolina y aceite cada mes?	
¿Cuánto, en promedio, paga por mantenimiento y reparaciones cada año?	
¿Alguna persona o programa lo ayuda a pagar su vehículo o los gastos relacionados con el mismo?	
Si es afirmativo, favor indicar persona o programa aquí:	
¿Utiliza transporte público como autobús o taxi?	<b>Si</b> <b>NO</b>
Si es afirmativo, en promedio, ¿cuánto paga por transporte público cada mes?	
¿Alguna persona o programa le ayuda a pagar el transporte público?	
Si es afirmativo, favor indicar persona o programa aquí:	
¿Utiliza un servicio de transporte compartido como Uber o Lyft?	<b>Si</b> <b>NO</b>
Si es afirmativo, en promedio, ¿cuánto paga por los servicios de transporte compartido cada mes?	
¿Alguna persona o programa le ayuda a pagar los servicios de transporte compartido?	
Si es afirmativo, favor indicar persona o programa aquí:	
<b>Comunicaciones y entretenimiento</b>	
¿Alguien en su hogar:	
¿Tiene un teléfono residencial?	<b>Si</b> <b>No</b>
Si es afirmativo, en promedio, ¿cuánto paga por el servicio telefónico cada mes?	
¿Alguna persona o programa le ayuda a pagar el servicio telefónico?	
Si es así, favor indicar persona o programa aquí:	
¿Tiene un celular?	<b>Si</b> <b>No</b>
Si es afirmativo, en promedio, ¿cuánto paga por el servicio de telefonía celular cada mes?	
¿Alguna persona o programa le ayuda a pagar por el servicio de telefonía celular?	
Si es así, favor indicar persona o programa aquí:	
¿Tiene un televisor?	<b>Si</b> <b>NO</b>
Si es afirmativo, ¿tiene cable o satélite?	
Si es afirmativo, en promedio, ¿cuánto paga por el servicio de cable o satélite cada mes?	
¿Alguna persona o programa le ayuda a pagar el servicio de cable o satélite?	
Si es afirmativo, favor indicar persona o programa aquí:	
¿Tiene transmisión de video como Netflix o Hulu?	<b>Si</b> <b>No</b>
Si es afirmativo, en promedio, ¿cuánto paga por la transmisión de video cada mes?	
¿Alguna persona o programa le ayuda a pagar por la transmisión de video?	
Si es afirmativo, favor indicar persona o programa aquí:	
¿Tiene acceso a internet?	<b>Si</b> <b>No</b>
Si es afirmativo, en promedio, ¿cuánto paga por los servicios de Internet cada mes?	
¿Alguna persona o programa le ayuda a pagar por los servicios de Internet ?	
Si es afirmativo, favor indicar persona o programa aquí:	



**Solicitud de aprobación de la unidad**

<b>Nombre del inquilino:</b>	
<b>Número de la unidad y dirección:</b>	<b>Número de habitaciones:</b>
<b>Nombre del propietario:</b>	
<b>Dirección del propietario:</b>	<b>Teléfono del propietario:</b>

**INSTRUCCIONES:** El inquilino y el propietario deben completar este formulario para solicitar la aprobación de la agencia de la unidad para la cual el inquilino ha elegido recibir asistencia para el alquiler.

**PROPIETARIO** La unidad debe ser inspeccionada por esta agencia. Hasta la aprobación de la unidad y la ejecución de un contrato de asistencia de alquiler, esta agencia no es responsable por ninguna parte del alquiler. Adjunte una copia del contrato de arrendamiento propuesto a este formulario.

**INQUILINO:** Complete este formulario con el propietario y devuélvalo a esta agencia. **NO FIRME UN CONTRATO DE ARRENDAMIENTO HASTA QUE LA UNIDAD HAYA SIDO INSPECCIONADA Y APROBADA POR ESTA AGENCIA.**

1. **TIPO DE UNIDAD:** \_\_\_\_\_ Casa unifamiliar \_\_\_\_\_ Casa móvil/prefabricada  
 \_\_\_\_\_ Dúplex \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_ Townhouse  
 \_\_\_\_\_ Otro (favor especificar) \_\_\_\_\_

2. **Fecha en que se construyó la unidad:** \_\_\_\_\_

3. **¿Por cuánto fue el último alquiler cobrado (antes de esta transacción)?** \$ \_\_\_\_\_

4. **En el alquiler anterior, ¿se incluían los mismos servicios públicos y electrodomésticos?**  YES  NO

Utilidades & Servicios		¿Quién paga?	
		Propietario/Arrendador	Inquilino
Calefacción	escriba aquí el tipo de combustible		
Cocina	escriba aquí el tipo de combustible		
Calentador de agua	escriba aquí el tipo de combustible		
Servicio eléctrico para luces y artículos enchufados a tomacorrientes.			
Tipo de servicio de agua: <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Well water			
Tipo servicio alcantarillado: <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Septic System			
¿La recolección de basura está incluida? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
¿La unidad tiene aire acondicionado? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

Electrodomésticos		¿Quién suministra?	
		Propietario/arrendador	Inquilino
Refrigerador			
Estufa			

7. **CERTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR:** Al ejecutar esta solicitud, el propietario reconoce que los Anexos de arrendamiento requeridos son aceptables y certifica que: (1) la información proporcionada en este formulario es exacta y verdadera; (2) la unidad propuesta no recibe asistencia ni está cubierta por ningún otro contrato de subsidio de alquiler financiado por el gobierno federal; (3) la unidad actualmente cumple con los estándares de calidad de vivienda adecuados (o se ajustará a los estándares antes de que se ejecute el contrato de asistencia en el alquiler); y (4) esta unidad está disponible y es administrada y operada independientemente de raza, color, origen nacional, sexo, religión, discapacidad, estado familiar, edad, orientación sexual, identidad de género o estado civil.

<b>NOMBRE IMPRESO DEL INQUILINO:</b>
<b>FIRMA DEL INQUILINO:</b>
<b>FECHA:</b>

<b>NOMBRE IMPRESO DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR:</b>
<b>FIRMA DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR</b>
<b>FECHA:</b>

**ADVERTENCIA:** Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.

**CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA  
LA RENTA DEL INQUILINO (TBRA)**

Nombre, dirección y número de teléfono del PROPIETARIO:	Número y dirección de la unidad del Contrato:	Nombre(s) del (de los) Inquilino(s):

Este Contrato de arrendamiento ("Contrato") bajo el programa HOME de asistencia para el alquiler se celebra entre \_\_\_\_\_, de aquí en adelante referido como el ADMINISTRADOR TBRA, y el Propietario, arriba identificado. Este Contrato se aplica únicamente a la familia del Inquilino, como se indicó arriba, y a la unidad de vivienda, como se identificó arriba.

**1. VIGENCIA DEL CONTRATO**

La vigencia de este Contrato se inicia \_\_\_\_\_ (mes/día/año) y termina a más tardar \_\_\_\_\_ (mes/día/año). El Contrato termina automáticamente el último día del plazo del Arrendamiento.

**2. DEPÓSITO DE SEGURIDAD**

- A. El Inquilino a través del ADMINISTRADOR TBRA pagará un Depósito de Seguridad al Propietario por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_. El Propietario retendrá este depósito de seguridad durante el período en que el Inquilino ocupe la unidad de vivienda según el Contrato de arrendamiento. El Propietario deberá cumplir con las leyes estatales y locales con respecto al fideicomiso de depósitos de garantía.
- B. Una vez que el Inquilino se haya mudado de la unidad de vivienda, el Propietario puede, sujeto a las leyes estatales y locales, usar el depósito de seguridad como reembolso del alquiler o cualquier otro monto pagadero por el Inquilino en virtud del Contrato de arrendamiento. El Propietario le dará al Inquilino una lista escrita de todos los artículos cargados contra el depósito de seguridad y el monto de cada artículo. Después de deducir la cantidad utilizada como reembolso al Propietario, el Propietario reembolsará de inmediato el monto total del saldo al Inquilino.
- C. El Propietario notificará inmediatamente al ADMINISTRADOR TBRA cuando el Inquilino se haya mudado de la unidad del Contrato.

**3. ALQUILER Y CANTIDADES A PAGAR POR EL INQUILINO Y EL ADMINISTRADOR TBRA**

- A. *Alquiler inicial.* La renta mensual inicial pagadera al Propietario durante los primeros doce meses de este Contrato es \$ \_\_\_\_\_.
- B. *Ajustes al alquiler.* Con un aviso de **no menos de 60 días** al Inquilino y al ADMINISTRADOR TBRA, el Propietario puede proponer un ajuste razonable que entrará en vigencia no antes del decimotercer mes de este Contrato. El Inquilino o el ADMINISTRADOR TBRA pueden rechazar el alquiler propuesto. El Inquilino puede rechazar el alquiler propuesto proporcionando al Propietario una notificación por escrito con 30 días de anticipación de la intención de desalojar. Si el ADMINISTRADOR TBRA rechaza el alquiler propuesto, el ADMINISTRADOR TBRA debe notificar al Inquilino y al Propietario con 30 días de anticipación de la intención de rescindir el Contrato. (*Nota: En ningún momento el alquiler del Contrato puede ser mayor que el límite de alquiler máximo de HOME según lo publicado por HUD*).
- C. *Participación del Inquilino en el alquiler.* Inicialmente, y hasta que el ADMINISTRADOR TBRA notifique al Propietario y al Inquilino, la participación del Inquilino en el alquiler será \$ \_\_\_\_\_.
- D. *Participación del administrador TBRA en el alquiler.* Inicialmente, y hasta que el ADMINISTRADOR TBRA notifique al Propietario y al Inquilino, la parte del alquiler que le corresponde al ADMINISTRADOR TBRA será de \$ \_\_\_\_\_. Ni el ADMINISTRADOR TBRA, KHC ni HUD asumen ninguna obligación por el alquiler del Inquilino o por el pago de cualquier reclamo del Propietario contra el Inquilino. La obligación del ADMINISTRADOR TBRA se limita a realizar pagos de alquiler en nombre del Inquilino de acuerdo con este Contrato.
- E. *Condiciones de pago.* El derecho del Propietario a recibir pagos bajo este Contrato estará sujeto al cumplimiento de todas las disposiciones del Contrato. El Propietario recibirá el pago en virtud de este Contrato en o alrededor del primer día del mes en el que se adeuda el pago. El Propietario

acuerda que el endoso en el cheque será evidencia concluyente de que el Propietario recibió el monto total adeudado por el mes, y será una certificación de que:

1. La unidad del Contrato se encuentra en condiciones decentes, seguras y sanitarias, y el Propietario está proporcionando los servicios, el mantenimiento y los servicios públicos acordados en el Contrato de arrendamiento.
  2. La unidad del Contrato está alquilada y ocupada por el Inquilino mencionado anteriormente en este Contrato.
  3. El Propietario no ha recibido ni recibirá ningún pago como alquiler por la unidad del Contrato que no sean los identificados en este Contrato.
  4. Según el leal saber y entender del Propietario, la unidad se utiliza únicamente como el lugar de residencia principal del Inquilino.
- F. *Pagos en exceso.* Si el ADMINISTRADOR TBRA determina que el Propietario no tiene derecho a ningún pago recibido, además de otros recursos, el ADMINISTRADOR TBRA puede deducir el monto del sobrepago de cualquier cantidad adeudada al Propietario, incluyendo las cantidades adeudadas bajo cualquier otro Contrato HOME TBRA de otro Inquilino con el mismo Propietario.

#### **4. ESTÁNDARES DE CALIDAD DE VIVIENDA Y SERVICIOS PROPORCIONADOS POR EL PROPIETARIO**

- A. El Propietario acepta mantener y operar la unidad del Contrato y las instalaciones relacionadas para proporcionar una vivienda digna, segura y sanitaria de acuerdo con la sección 882.109 del 24 CFR, incluidos todos los servicios, el mantenimiento y los servicios públicos acordados en el Contrato de arrendamiento.
- B. El ADMINISTRADOR TBRA tendrá derecho a inspeccionar la unidad del Contrato y las instalaciones relacionadas al menos una vez al año, y en cualquier otro momento que sea necesario para garantizar que la unidad esté en condiciones decentes, seguras y sanitarias, y que se suministren el mantenimiento, servicios y utilidades requeridos.
- C. Si el ADMINISTRADOR TBRA determina que el Propietario no está cumpliendo con estas obligaciones, el ADMINISTRADOR TBRA tendrá el derecho, incluso si el Inquilino continúa en ocupación, de cancelar el pago de la parte del alquiler del ADMINISTRADOR TBRA y/o rescindir el Contrato.

#### **5. TERMINACIÓN DEL ARRENDAMIENTO**

El Propietario puede desalojar al Inquilino siguiendo las leyes estatales y locales aplicables. El Propietario debe proporcionar al Inquilino un aviso por escrito de la terminación con al menos 30 días de anticipación. El Propietario también debe notificar al ADMINISTRADOR TBRA por escrito cuando se inicien los procedimientos de desalojo. Esto se puede hacer proporcionando al ADMINISTRADOR TBRA una copia del aviso requerido al Inquilino.

#### **6. REQUISITOS DE VIVIENDA JUSTA**

- A. *No discriminación.* El Propietario no deberá, en la prestación de servicios o de cualquier otra manera, discriminar a ninguna persona por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, estado familiar, edad, orientación sexual, identidad de género o estado civil. La obligación del Propietario de cumplir con los Requisitos de Vivienda Justa se aplica en beneficio de los Estados Unidos de América, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano y el ADMINISTRADOR TBRA, cualquiera de los cuales tendrá derecho a invocar cualquiera de los recursos disponibles por ley para reparar cualquier incumplimiento o para obligar al Propietario al cumplimiento.
- B. *Cooperación en las auditorías de revisión de cumplimiento.* El Propietario deberá cumplir con el ADMINISTRADOR TBRA, KHC y con HUD en la realización de auditorías de revisión de cumplimiento e investigaciones de quejas de conformidad con todos los estatutos de derechos civiles aplicables, órdenes ejecutivas y todas las reglas y regulaciones relacionadas según lo cubierto en los requisitos del Programa Federal de Asociaciones de Inversión en Vivienda..

#### **7. ACCESO A LOS REGISTROS DE PROPIETARIOS POR EL ADMINISTRADOR TBRA, KHC Y HUD**

- A. El Propietario deberá proporcionar cualquier información pertinente a este Contrato que el ADMINISTRADOR TBRA, KHC o HUD puedan razonablemente requerir.
- B. El Propietario permitirá que el ADMINISTRADOR TBRA, KHC o HUD, o cualquiera de sus representantes autorizados, tenga acceso a las instalaciones y, para fines de auditoría y examen, tenga acceso a cualquier libro, documento, papel y registro de la propiedad del Propietario en la medida necesaria para determinar el cumplimiento de este Contrato.

## **8. DERECHOS DEL ADMINISTRADOR TBRA SI EL PROPIETARIO INCUMPLE EL CONTRATO**

- A. Cualquiera de los siguientes constituirá un incumplimiento del Contrato:
  - 1. Si el Propietario ha violado alguna obligación bajo este Contrato; o
  - 2. Si el Propietario ha demostrado alguna intención de violar alguna obligación bajo este Contrato; o
  - 3. Si el Propietario ha cometido algún fraude o ha hecho alguna declaración falsa en relación con el Contrato, o ha cometido fraude o ha hecho alguna declaración falsa en relación con cualquier programa federal de asistencia para la vivienda.
- B. El derecho y los recursos del ADMINISTRADOR TBRA en virtud del Contrato incluyen la recuperación de los pagos en exceso, la rescisión o reducción de los pagos y la rescisión del Contrato. Si el ADMINISTRADOR TBRA determina que se ha producido una infracción, el ADMINISTRADOR TBRA puede ejercer cualquiera de sus derechos o recursos en virtud del Contrato. El ADMINISTRADOR TBRA notificará al Propietario por escrito de tal determinación, incluyendo una breve declaración de las razones de la determinación. El aviso del ADMINISTRADOR TBRA al Propietario puede requerir que el Propietario tome acción correctiva en el tiempo prescrito en el aviso.
- C. Cualquier remedio empleado por el ADMINISTRADOR TBRA de acuerdo con este Contrato será efectivo según lo dispuesto en un aviso escrito por el ADMINISTRADOR TBRA al Propietario. El ejercicio o no ejercicio por parte del ADMINISTRADOR TBRA de cualquier recurso no constituirá una renuncia al derecho de ejercer ese o cualquier otro derecho o recurso en cualquier momento.

## **9. RELACIÓN DEL ADMINISTRADOR TBRA CON TERCEROS**

- A. El ADMINISTRADOR TBRA no asume ninguna responsabilidad por ninguna persona lesionada como resultado de la acción o falta de acción del Propietario en relación con la implementación de este Contrato, o como resultado de cualquier otra acción o falta de acción por parte del Propietario, el Propietario.
- B. El Propietario no es el agente del ADMINISTRADOR TBRA, y este Contrato no crea ni afecta ninguna relación entre el ADMINISTRADOR TBRA y cualquier prestamista del Propietario, o cualquier proveedor, empleado, contratista o subcontratista utilizado por el Propietario en relación con este Contrato.
- C. Nada en este Contrato se interpretará como la creación de algún derecho del Inquilino o de un tercero (que no sea KHC o HUD) para hacer cumplir cualquier disposición de este Contrato o para evaluar cualquier reclamo contra HUD, KHC, el ADMINISTRADOR TBRA o el Propietario bajo este Contrato.

## **10. DISPOSICIONES SOBRE CONFLICTO DE INTERESES**

Ningún empleado del ADMINISTRADOR TBRA que formule políticas o influya en las decisiones con respecto al Programa HOME TBRA, y ningún funcionario público o miembro de un órgano de gobierno o legislador estatal o local que ejerza sus funciones o responsabilidades con respecto al programa tendrá o interés indirecto durante el mandato de esta persona, o durante un año a partir de entonces, en este Contrato o en cualquier producto o beneficio que surja del Contrato o de cualquier beneficio que pueda derivarse del mismo.

## **11. TRANSFERENCIA DEL CONTRATO**

El Propietario no transferirá de ninguna forma este Contrato sin el consentimiento previo por escrito del ADMINISTRADOR TBRA. El ADMINISTRADOR TBRA dará su consentimiento para una transferencia si el cesionario acepta por escrito (en una forma aceptable para el ADMINISTRADOR TBRA) cumplir con los términos y condiciones de este Contrato.

## **12. ACUERDO COMPLETO; INTERPRETACIÓN; AVISO**

- A. Este Contrato contiene el acuerdo completo entre el Propietario y el ADMINISTRADOR TBRA. No se realizarán cambios en este Contrato excepto por escrito firmado por el Propietario y el ADMINISTRADOR TBRA.
- B. El Contrato se interpretará e implementará de acuerdo con los requisitos de HUD.
- C. Todos los avisos requeridos en virtud de este Contrato se enviarán por correo postal de los Estados Unidos a la dirección indicada anteriormente para cada una de las partes de este Contrato.

## **13. GARANTÍA DE CAPACIDAD LEGAL Y ESTADO DE LA UNIDAD**

- A. El Propietario garantiza que la unidad está en condiciones decentes, seguras y sanitarias como se define en 24 CFR Sección 882.109 y bajo la Sección 8 Estándares de Calidad de Vivienda, y que

el Propietario tiene el derecho legal de arrendar la unidad de vivienda cubierta por este Contrato durante el plazo del Contrato.

- B. La parte, si la hubiere, que ejecuta este Contrato en nombre del Propietario por la presente garantiza que el Propietario ha dado autorización para ejecutarlo en nombre del Propietario.

<b>Nombre del Propietario (en letra de imprenta)</b>	<b>Representante del ADMINISTRADOR TBRA (en letra de imprenta)</b>
<b>Firma</b>	<b>Firma</b>
<b>Fecha</b>	<b>Fecha</b>

ADVERTENCIA: 18 U.S.C. 1001 establece, entre otras cosas, que quien, a sabiendas y voluntariamente, haga o use un documento o escrito que contenga declaraciones o entradas falsas, ficticias o fraudulentas, en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos, será multado no más de \$ 10,000, o encarcelado por no más de cinco años, o ambos.

EL CHEQUE DEL PROPIETARIO SE ENVIARÁ POR CORREO A \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

# DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS \_\_\_\_\_

**ANEXO DE ARRENDAMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA RENTA DEL INQUILINO (TBRA)**

<b>Propietario:</b>	<b>Número y dirección de la unidad en el contrato:</b>	<b>Nombre(s) del Inquilino(s):</b>

Este anexo de arrendamiento agrega los siguientes párrafos al contrato de arrendamiento entre el Inquilino y el Propietario mencionado anteriormente.

**A. Propósito del anexo.** El contrato de arrendamiento de la unidad arriba mencionada se modifica mediante este anexo para incluir las disposiciones de pertinentes ya que el Inquilino, como se identificó anteriormente, ha sido aprobado para recibir asistencia de alquiler bajo el programa HOME de asistencia para la renta del Inquilino (TBRA) administrado por \_\_\_\_\_, de aquí en adelante referido como el ADMINISTRADOR TBRA. Según el programa TBRA, el ADMINISTRADOR TBRA hará pagos mensuales al Propietario, anteriormente identificado, en nombre del Inquilino según los términos del contrato de asistencia de alquiler de HOME TBRA.

El contrato de arrendamiento ha sido firmado por las partes con la condición de que el ADMINISTRADOR TBRA y el Propietario ejecuten sin demora un Contrato de asistencia de alquiler de HOME TBRA. Este Arrendamiento no entrará en vigencia a menos que el Contrato de Alquiler haya sido ejecutado tanto por el Propietario como por el ADMINISTRADOR TBRA, efectivo el primer día del inicio del Arrendamiento.

**B. Conflicto con otras disposiciones del contrato de arrendamiento.** En caso de cualquier conflicto entre las disposiciones de este Anexo y otras secciones del Contrato de Arrendamiento, prevalecerán las disposiciones de este Anexo.

**C. Condiciones del contrato de arrendamiento.** El plazo comenzará el \_\_\_\_\_ (mes/día/año) y continuará hasta que: (1) el Propietario rescinda el Contrato de arrendamiento de acuerdo con las leyes estatales y locales de Inquilino/Propietario aplicables; o (2) el Inquilino rescinde el Arrendamiento de acuerdo con el contrato o por mutuo acuerdo durante la vigencia del Alquiler; o (3) rescisión del contrato de asistencia de alquiler de HOME entre el ADMINISTRADOR TBRA y el Propietario.

**D. Pago de asistencia de alquiler.** Cada mes, el ADMINISTRADOR TBRA hará el pago de asistencia del alquiler al Propietario en nombre del Inquilino. El Propietario acreditará este pago al alquiler mensual a cargo del Inquilino. El Inquilino pagará el saldo del alquiler mensual, si lo hubiera.

**E. Depósito de seguridad.** (indique con circulo el que corresponda)

El **Inquilino y/o el ADMINISTRADOR TBRA** ha depositado \$ \_\_\_\_\_ con el Propietario como Depósito de seguridad. El Propietario retendrá este depósito de seguridad durante el período en que el Inquilino ocupe la unidad de vivienda según el contrato de arrendamiento. El Propietario deberá cumplir con las leyes estatales y locales con respecto al fideicomiso de depósitos de garantía.

(1) Una vez que el Inquilino se haya mudado de la unidad de vivienda, el Propietario puede, sujeto a las leyes estatales y locales, usar el depósito de seguridad, incluido cualquier interés sobre el depósito, como reembolso del alquiler o cualquier otro monto pagadero por el Inquilino en virtud del contrato de arrendamiento. El Propietario le dará al Inquilino una lista escrita de todos los artículos cargados contra el depósito de seguridad y el monto de cada artículo. Después de deducir la cantidad utilizada como reembolso al Propietario, el Propietario reembolsará de inmediato el monto total del saldo al Inquilino.

**F. Servicios públicos y electrodomésticos.** Los servicios públicos y electrodomésticos marcados en la Columna #1 son proporcionados por el Propietario y están incluidos en el alquiler. Los servicios públicos, electrodomésticos y marcados en la Columna #2 a continuación no están incluidos en el alquiler y el Inquilino los paga por separado.

<b>SERVICIOS PÚBLICOS/ELECTRODOMÉSTICOS/SERVICIO</b>	<b>Columna # 1 Incluido en contrato</b>	<b>Columna # 2 A pagar por Inquilino</b>
Recolección de basura		
Agua/alcantarillado		
Luces y electricidad (distintos de los mencionados a continuación)		
Combustible calefacción (tipo de combustible: * _____) *indique		
Combustible cocina (tipo de combustible: * _____) *indique		
Calentamiento agua (tipo de combustible: * _____) *indique		
¿Quién suministrará el refrigerador?		
¿Quién suministrará la estufa/cocina?		
¿Quién suministrará el aire acondicionado?		

G. **Miembros del hogar.** A continuación, se encuentra la lista de los miembros del hogar autorizados a vivir en esta unidad. El Inquilino no puede permitir que otras personas se unan al hogar sin notificar al Propietario y obtener el permiso de los ADMINISTRADORES TBRA y del Propietario.

---



---



---



---

H. **Estándares de calidad de la vivienda.** El Propietario deberá mantener la unidad de vivienda, las áreas comunes, el equipo, las instalaciones y los electrodomésticos en condiciones decentes, seguras y sanitarias (según lo determinado por la Sección 8 de los Estándares de Calidad de Vivienda).

I. **Terminación del arrendamiento.** El Propietario puede desalojar al Inquilino siguiendo las leyes estatales y locales aplicables. El Propietario debe proporcionar al Inquilino un aviso por escrito de la terminación con al menos 30 días de anticipación. El Propietario también debe notificar al ADMINISTRADOR TBRA por escrito cuando se inicien los procedimientos de desalojo. Esto se puede hacer proporcionando al ADMINISTRADOR TBRA una copia del aviso requerido al Inquilino.

**Disposición de arrendamiento prohibido.** Cualquier disposición del contrato de arrendamiento que se encuentre dentro de las clasificaciones enumeradas a continuación no se aplicará y el Propietario no la hará cumplir.

1. *Confesión de juicio.* Consentimiento del Inquilino para ser demandado, admitir culpabilidad o un fallo a favor del Propietario en una demanda entablada en relación con el contrato de arrendamiento.
2. *Tratamiento de la propiedad.* Acuerdo del Inquilino de que el Propietario puede tomar o retener la propiedad del Inquilino, o puede vender dicha propiedad sin previo aviso al Inquilino y sin una decisión judicial sobre los derechos de las partes.
3. *Eximir al Propietario de la responsabilidad.* Acuerdo por parte del Inquilino de no responsabilizar legalmente al Propietario o al agente del Propietario por cualquier acción o falta de acción, ya sea intencional o negligente.
4. *Renuncia al Aviso Legal.* Acuerdo por parte del Inquilino de que el Propietario puede entablar una demanda sin previo aviso al Inquilino.
5. *Renuncia a procedimientos judiciales por desalojo.* Acuerdo del Inquilino de que el Propietario puede desalojar a la Familia Inquilino (i) sin iniciar un procedimiento judicial civil en el que la Familia tenga la oportunidad de presentar una defensa, o (ii) antes de una decisión del tribunal sobre los derechos de las partes.
6. *Renuncia a juicio con jurado.* Autorización al Propietario para renunciar al derecho del Inquilino a un juicio con jurado.
7. *Renuncia al derecho a apelar la decisión del tribunal.* Autorización al Propietario para renunciar al derecho del Inquilino a apelar una decisión judicial o renunciar al derecho del Inquilino a demandar para evitar que una sentencia entre en vigor.
8. *Inquilino responsable del costo de las acciones legales independientemente del resultado de la demanda.* Acuerdo por parte del Inquilino de pagar los honorarios del abogado u otros costos legales siempre que el Propietario decida demandar, ya sea que el Inquilino gane o no.

J. **No discriminación.** El Propietario no discriminará al Inquilino en la prestación de servicios, o de cualquier otra manera, por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, estado familiar, edad, orientación sexual, identidad de género o matrimonio. estado.

FIRMAS DE LOS INQUILINOS		FIRMAS DEL PROPIETARIO	
Nombre impreso del Inquilino:		Nombre de la compañía del Propietario:	
Firma del Inquilino	Fecha	Nombre del Propietario:	
Nombre impreso del coinquilino:		Firma del Propietario	Fecha
Firma del coinquilino	Fecha		

