

**SANTA FE COUNTY HOUSING AUTHORITY**  
**52 Camino de Jacobo**  
**Santa Fe, New Mexico 87507**  
**(505) 992-3060**  
**(505) 992-3064 Fax**

---

El Santa Fe County Housing Authority (SFCHA) ha adoptado una preferencia para trabajar las familias en la lista de espera. El trabajar preferencia que familiar será dada a familias cuya cabeza de familia, el esposo, u otro miembro adulto han sido empleados por seis meses o más largo, trabajando un mínimo de 24 horas a la semana. Esto incluirá las familias cuya cabeza de familia, el esposo, u otro miembro adulto toman parte en la instrucción de puesto de trabajo a tiempo completo, son un estudiante de jornada completa (12 horas de crédito por semestre), o son de otro modo en conformidad con requisitos económicos de autosuficiencia impuestos por la agencia del bienestar.

El SFCHA también ha adoptado una preferencia para ancianos y personas con discapacidad. Los ancianos/discapacitados tendrán preferencia las familias cuyo jefe de hogar, cónyuge o cuyo único miembro es por lo menos 62 años de edad o una persona con discapacidad..

Una persona que está bajo una incapacidad como definido en la Sección 223 del Acto de Seguridad social (42 U. S. C. 423) o en la Sección 42 U. S. C. 6001(7) 1937 Acto de Envoltura) será considerado a una persona incapacitada.

La adopción de preferencias tendrá como resultado la reedificación en la lista de espera. La colocación del solicitante en la lista de espera será determinada por el siguiente orden jerárquica:  
1) tamaño de Unidad 2) Preferencia 3) la Fecha y el tiempo de aplicación

**Para reclamar una preferencia que la información siguiente debe ser sometida al Housing Authority:**

- Fechó comprobación de los ingresos que indican la fecha de comienzo, el número de horas trabajadas a la semana, y el sueldo por hora
- La comprobación de participación en un programa de capacitación
- La comprobación de asistencia en una institución acreditada
- El certificado de nacimiento (certificados)
- La comprobación de ingresos recibió de la Seguridad social (S), Seguro de Seguridad social (SSI), y/o Seguro de Incapacidad de Seguridad social (SSDI)
- La Ayuda general (para individuos que aguardan aprobación de S, de SSI, o de SSDI)

**SANTA FE COUNTY HOUSING AUTHORITY  
 APLICACION PARA la ADMISION**

Lea por favor con cuidado. Las aplicaciones incompletas no serán procesadas.

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico \_\_\_\_\_  
 Dirección de Envío: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Seleccione por favor verificando apropiada caja:       Casa Publicas       Sección 8

<b>Para Propósitos Estadísticos Sólo</b>	
La carrera de Cabeza de familia: <input type="checkbox"/> Norteamericano Africano/Negro	<input type="checkbox"/> Asiático o Isleño pacífico
<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Caucásico/ Blanco
La etnia de Cabeza de familia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino

Dirección física: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 El Nombre de propietario: \_\_\_\_\_  
 Numero Telefonico de propietario: \_\_\_\_\_ Alquiler presente \$ \_\_\_\_\_

Dirección anterior: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 El nombre de Propietario Anterior: \_\_\_\_\_  
 Numero Telefonico de propietario: \_\_\_\_\_ Alquiler presente \$ \_\_\_\_\_

El amigo/pariente para contactar si podemos non alcanzarle:  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

El amigo/pariente para contactar si podemos non alcanzarle: \_\_\_\_\_  
 Movilidad:                      Vista:                      Audición:                      Otro:

**Composición de casa:**  
 Liste la cabeza de familia y a todas las otras personas que vivirán en la unidad de renta. Indique si cualquier miembro es un estudiante lleno de tiempo.

El apellido, Denomina Primero, Inicial Mediano	La relación para Dirigir	Dé a luz a la Fecha	Envejece/ sexo	Número del seguro social	/NO de estudiante Si sí, Dónde
1)	<b>Dirigir</b>				
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					

**SANTA FE COUNTY HOUSING AUTHORITY  
 APLICACION PARA la ADMISION**

**Ingresos:**

Liste todos ingresos para miembros de casa. Incluya empleo lleno y a tiempo parcial, auto empleo, el bienestar, la seguridad social, la S. S. yo., las pensiones, compensación de incapacidad, el interés, las ganancias de cuidado de niños, la pensión, la manutención de hijos, las anualidades, los dividendos, los ingresos de propiedades de renta, de las Reservas de Fuerzas armadas, de las becas, y/o de las becas, los ingresos de la operación de un negocio, etc.

El Miembro de la casa # (de arriba) & Nombre	Fuente de ingresos	Rentas brutas
		\$
		\$
		\$
		\$

**Ventajas:**

Verifique "SI" o "No" en todas las líneas siguientes. Si "SI" entra la cantidad o el valor de la ventaja y los ingresos actuales de la ventaja.

	Si	No	Cuenta #	El Nombre bancario & Dirige	Equilibra/valor
Cambie a la mano más de \$100,00					\$
Cuenta Corriente Bancaria					\$
Cuenta al contado de Gestión					\$
Cuenta de ahorros					\$
Certificado de depósito					\$
Anualidades					\$
El Mercado monetario Financia					\$
Cuenta de IRA					\$
Las acciones/vincula/Fondos de inversión mobiliaria					\$
Bonos de ahorros de EEUU					\$
Contrate para el Acto					\$
Bienes raíces					\$
Ventaja de negocio					\$
Otro					\$

Que usted jamás se deshizo de cualquier ventaja para menos que Justo Valor de mercado durante los últimos dos años? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si sí completa la información siguiente:

Describa por favor: \_\_\_\_\_

La fecha de disposición \_\_\_\_\_ La cantidad Recibió:\$ \_\_\_\_\_

El valor de mercado en tiempo de disposición: \$ \_\_\_\_\_

**Gasto médico:**

Complete esta sección *sólo* si cabeza de familia o esposo son de edad avanzada o incapacitados.

Hágale o su esposo recibe beneficios de Medicare?  Si  No

Hágale recibe Medicaid?  Si  No

Hágale paga seguro médico adicional? (Blue Cross, AARP, etc.)  Si  No

Son todos sus Gastos Médicos cubrieron por seguro o fuente exterior?  Si  No

Si no, indica los gastos pagados por usted:

Fármacos \_\_\_\_\_

Son usted haciendo mensualidades en Cuentas Médicas Sobresalientes?  Si  No

**SANTA FE COUNTY HOUSING AUTHORITY  
APLICACION PARA la ADMISION**

¿Tiene usted cualquier gasto para el cuidado relacionado o aparato especial para un miembro incapacitado o disminuido que es necesario para un miembro de la casa para ser empleado? (No considere los gastos pagados a un miembro de la familia ni el reembolso por fuentes exteriores)  Yes  No

Si sí, describe por favor: \_\_\_\_\_

Otros gastos: \_\_\_\_\_

**Gasto de cuidado de niños:**

¿Paga usted por cuidado de niños para niños 12 años o más joven mientras un miembro de la familia es empleado o yendo a la escuela?  Si  No

Si sí, la cantidad pagó cuidado de niños proveedor: \$ \_\_\_\_\_

**Conteste por favor cada pregunta con cuidado. La información que usted proporciona es comprobación susceptible por un terceros y será utilizada para determinarle ayuda de envoltura a usted y/o a su familia.**

¿Qué es la cantidad de su alquiler mensual? \$ \_\_\_\_\_

¿Qué es la cantidad de sus utilidades mensuales? \$ \_\_\_\_\_

¿Recibe usted ayuda de energía?  Si  No      ¿Si sí, cuánto? \$ \_\_\_\_\_

¿Ahora es desahuciado usted?  Si  No      ¿Si sí, por qué? \_\_\_\_\_

¿Le tiene y/o un miembro de la familia jamás fue desahució de la envoltura ayudada en los últimos 3 años a causa de actividad relacionada con la droga?  Si  No

¿Jamás ha vivido usted en la envoltura ayudada?  Si  No

Si sí, dónde? \_\_\_\_\_

Son usted comprando una caravana y alquilar el espacio en que es situado?  Si  No

**El solicitante (solicitantes) Arrendatario (Arrendatarios) Declaración:**

Los yo/nosotros certificamos que la información dada al Instituto de la vivienda en la composición de la casa, los ingresos, ventajas, las concesiones y las deducciones familiares netas son exactas y completas al mejor del conocimiento de mi/nuestro y creencia. Los yo/nosotros comprendemos que declaraciones falsas de información son motivo para la terminación de albergar ayuda y terminación de tenencia.

\_\_\_\_\_  
La firma de Cabeza de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
La firma de Co-Cabeza de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted cree que usted ha sido discriminado en contra, usted puede llamar la Feria que Alberga e Iguala Oportunidad peaje en que Nacional liberta línea directa 1-800-424-8590.

\*\* Después de que comprobación por el Instituto de la vivienda la información será sometida al Departamento de Envoltura y Desarrollo Urbano. Vea la Declaración Federal de Acto de Intimidad para más Información sobre su uso.