

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS SOLICITUD DE ADMISIÓN

Estimado solicitante:

La información de este formulario se necesita para determinar si su grupo familiar es elegible para participar en el Programa de Vivienda Económica del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (THDCA, por sus siglas en inglés). Por favor, complete todo el formulario y no deje espacios en blanco.

Si no comprende alguna pregunta, comuníquese con administrador del contrato, el propietario o el personal de la Oficina de Administración. Agradecemos de antemano su colaboración.

I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR, EL PROPIETARIO O LA ADMINISTRACIÓN	
Nombre del administrador, propietario o administración:	Número de TDHCA:
Nombre de la persona de contacto:	Cargo de la persona de contacto:
Dirección:	Teléfono:
Dirección de correo electrónico:	Fax:

II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE	
A. INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Dirección: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio (como figura en la licencia de conducir o la identificación expedida por el gobierno)	Apto. N.º:
Ciudad, estado, código postal	Condado:
Dirección actual: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio (Si es diferente a la anterior)	Apto. N.º:
Ciudad, estado, código postal	Condado:
Dirección de correo electrónico:	Teléfono particular: () Teléfono móvil: ()
Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia:	Teléfono: ()

B. INFORMACIÓN DE LA RESIDENCIA ANTERIOR	
Dirección, ciudad y estado anteriores: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio	Costo mensual:
Motivo de la salida:	Ocupado durante: ___ Años ___ Meses
Nombre de la persona de contacto o casero:	Teléfono:

C. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR. Indique la cabeza del grupo familiar y todas las demás personas que lo integran.						
Nombre completo (tal como aparece en la licencia de conducir u otra identificación emitida por el gobierno)	Parentesco con la cabeza del grupo familiar	Fecha de nacimiento	Género	Tipo de estudiante F/T = Tiempo completo P/T = Tiempo parcial	N.º de Seguro Social o N.º de registro de extranjería	Recibe ingresos
1	Cabeza del grupo familiar		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	<input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	<input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	<input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	<input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	<input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	<input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	<input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

D. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante a tiempo completo en el último año calendario? NO SÍ, ¿quién? _____

¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente es un menor en cuidado sustituto? NO SÍ, ¿quién? _____

¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en la vivienda como acompañante? NO SÍ, ¿quién? _____

¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal? NO SÍ, ¿quién? _____

Indique el motivo de la ausencia temporal: _____

¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses? NO SÍ,
En caso afirmativo, explique: _____

E. INFORMACIÓN SOBRE VETERANOS

¿Alguno de los integrantes del grupo familiar es un veterano? NO SÍ, ¿quién? _____

*** Información importante para antiguos miembros de los servicios militares. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Marina de Guerra, el Cuerpo de Infantería de Marina, la Guardia Costera, el Ejército de Reserva o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para recibir servicios y beneficios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov/>.

F. INGRESOS ANUALES (indique TODOS los ingresos que reciben los adultos y los niños en su grupo familiar, excepto los ingresos laborales devengados por personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes, incluidos los pagos periódicos:	Cabeza del grupo familiar	Corresponsable o cónyuge	Otro(s) integrante(s) adulto(s)	Hijo, dependiente u otro integrante adulto	Total
Sueldo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Pago de horas extras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Comisiones u honorarios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Propinas y bonificaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sueldo de un segundo empleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Ingresos temporales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Ingresos de las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Intereses o dividendos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Ingresos netos comerciales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Ingresos netos de alquiler <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Seguro Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Ingresos suplementarios del Seguro Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Pensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Fondos de jubilación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Apoyo familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Manutención infantil (indique de qué tipo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anticipada, voluntaria, ordenada por tribunal (independientemente de si es pagada)					
AFDC/TANF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Beca o subvención educativa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Otro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____					
Total:					

G. INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL ACTUAL – Integrante n.º 1 del grupo familiar			
Nombre del integrante del grupo familiar		Ocupación	Teléfono laboral
Nombre y dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Horas trabajadas por semana Último día de trabajo

INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL PARA EL SEGUNDO EMPLEO – Integrante n.º 1 del grupo familiar			
Nombre del integrante del grupo familiar		Ocupación	Teléfono laboral
Nombre y dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Horas trabajadas por semana Último día de trabajo

INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL ACTUAL – Integrante n.º 2 del grupo familiar			
Nombre del integrante del grupo familiar		Ocupación	Teléfono laboral
Nombre y dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Horas trabajadas por semana Último día de trabajo

INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL PARA EL SEGUNDO EMPLEO – Integrante n.º 2 del grupo familiar			
Nombre del integrante del grupo familiar		Ocupación	Teléfono laboral
Nombre y dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Horas trabajadas por semana Último día de trabajo

INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL ACTUAL – Integrante n.º 3 del grupo familiar			
Nombre del integrante del grupo familiar		Ocupación	Teléfono laboral
Nombre y dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Horas trabajadas por semana Último día de trabajo

INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL PARA EL SEGUNDO EMPLEO – Integrante n.º 3 del grupo familiar			
Nombre del integrante del grupo familiar		Ocupación	Teléfono laboral
Nombre y dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Horas trabajadas por semana Último día de trabajo

INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL ACTUAL – Integrante n.º 4 del grupo familiar			
Nombre del integrante del grupo familiar		Ocupación	Teléfono laboral
Nombre y dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Horas trabajadas por semana Último día de trabajo

INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL PARA EL SEGUNDO EMPLEO – Integrante n.º 4 del grupo familiar			
Nombre del integrante del grupo familiar		Ocupación	Teléfono laboral
Nombre y dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Horas trabajadas por semana Último día de trabajo

H. ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR (indique si alguien tiene alguno de los siguientes tipos de activos e incluya a los dependientes menores de 18 años)

Identifique todas las fuentes de activos	Valor en efectivo	Ingresos por activos (intereses o dividendos)	Nombre de la institución financiera
Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta(s) corriente(s) adicional(es) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta(s) de ahorros adicional(es) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Tarjetas de débito prepagas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Acciones, bonos, fondos mutuos* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Bien raíz o vivienda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fondo(s) fiduciario(s) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pagaré hipotecario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Valor en efectivo de seguro vitalicio* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Bienes raíces/Terrenos* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Persona a persona (PayPal, Cash App y Venmo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Bienes personales no esenciales: tal como caravanas, casas rodantes, remolques de viaje, vehículos todo terreno (si no son para el transporte diario), embarcaciones de recreo, joyería costosa sin valor religioso o cultural, objetos de colección, equipos que no generan ingresos comerciales y artículos de lujo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

*Cuando indique el “valor en efectivo” de los activos con asterisco, escriba el monto que tendría si fuera convertido en efectivo. A ese monto, debe haberle deducido toda multa por retiro anticipado, el monto utilizado para amortizar un saldo o cualquier tarifa que se le cobre por la conversión.

I. INFORMACIÓN DE LOS ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR

1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? (Si una vivienda fue puesta en el mercado debido a ejecución hipotecaria, quiebra o divorcio, responda no) NO SÍ Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____
 Facilite una explicación (incluyendo el tipo de activo, el valor aproximado del activo, el monto enajenado y fecha de la enajenación): _____

2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de una vivienda durante los últimos dos años? NO SÍ Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____
 ¿Es actualmente propietario? NO SÍ Si la respuesta es negativa, ¿cuándo se desprendió de esta? _____
 Si la respuesta es afirmativa, ¿está en alquiler? NO SÍ
 ¿Está vacía? NO SÍ
 ¿Está en proceso de venta? NO SÍ

J. AYUDA PARA VIVIENDA – Indique toda ayuda proporcionada o recibida por alguno de los integrantes del grupo familiar

Fuente	Monto	Fecha de recepción	Motivo
FEMA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Agencia Federal para el Manejo de Emergencias)			
SBA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Administración de Pequeñas Empresas)			
Sección 8 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano)			

Fuente	Monto	Fecha de recepción	Motivo
TBRA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Programa de Asistencia con el Alquiler para Inquilinos)			
Seguros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Propietario de vivienda)			
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____			

G. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

1. ¿Alguien del grupo familiar presta servicios en la actualidad (o lo hizo durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, del administrador o del propietario de la urbanización? NO SÍ
 Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién, la organización y la función que desempeñó. _____
 ¿Desempeña actualmente esa función? NO SÍ Si la respuesta es NEGATIVA, indique la fecha en que dejó de hacerlo. _____

2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta servicios en la actualidad (o lo hizo durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, del administrador o del propietario de la urbanización (tanto mediante lazos familiares como comerciales)? NO SÍ
 Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién, la organización y la función que desempeñó. _____
 ¿Desempeña actualmente esa función? NO SÍ Si la respuesta es NEGATIVA, indique la fecha en que dejó de hacerlo. _____

L. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE –Tenga en cuenta que esta información se utilizará para determinar si su grupo familiar parece elegible para participar en el Programa de Vivienda Económica del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas.

DIVULGACIÓN: Mediante mi (nuestra) firma aquí o en el “Formulario de autorización y consentimiento” adjunto, autorizo (autorizamos) la divulgación y/o la verificación de mi (nuestra) información laboral.

_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	_____ Firma	_____ Fecha

Advertencia: La sección 1001 del título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito grave hacer declaraciones falsas en forma premeditada ante cualquier departamento o agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.