

**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
SOLICITUD DE INGRESO**

Estimado solicitante:

La información de este formulario se necesita para determinar si su grupo familiar puede participar en el Programa de Vivienda Asequible 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, contacte al administrador del contrato, al propietario o al personal de la Oficina de Administración. Agradecemos por adelantado su colaboración.

I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN	
Nombre del administrador/propietario/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)	Apartamento N.º:
Ciudad/Estado/Código postal:	Condado:
Dirección actual: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio (si es diferente a la anterior)	Apartamento N.º:
Ciudad/Estado/Código postal:	Condado:
Dirección de correo electrónico:	Teléfono particular: () Teléfono celular: ()
Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia:	Teléfono: ()

B. INFORMACIÓN SOBRE EL LUGAR DE RESIDENCIA ANTERIOR	
Dirección/Ciudad/Estado anteriores: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio	Costo mensual:
Motivo por el cual se mudó:	Ocupado durante: ___ años ___ meses
Nombre de la persona de contacto/Casero:	Teléfono:

C. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR – Indique quién es 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	Tipo de estudiante T/C=Tiempo completo T/P=Tiempo parcial	N.º de seguro social / N.º de registro de extranjero	Recibe ingresos
1	Cabeza del grupo familiar		<input type="checkbox"/> T/C <input type="checkbox"/> T/P <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"/> T/C <input type="checkbox"/> T/P <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"/> T/C <input type="checkbox"/> T/P <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"/> T/C <input type="checkbox"/> T/P <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"/> T/C <input type="checkbox"/> T/P <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"/> T/C <input type="checkbox"/> T/P <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"/> T/C <input type="checkbox"/> T/P <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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 T/C=Tiempo completo T/P=Tiempo parcial	N.º de seguro social / N.º de registro de extranjero	Recibe ingresos
8	<input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.	<input type="checkbox"/> T/C <input type="checkbox"/> T/P <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

D. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

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

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

¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en el hogar 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

Si la respuesta es afirmativa, explique el motivo: _____

E. INFORMACIÓN SOBRE VETERANOS

¿Alguno de los miembros 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 servicios y beneficios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas (Texas Veterans Portal) 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 de las personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes, incluidos los pagos periódicos:	Cabeza del grupo familiar	Corresponsable /Cónyuge	Otro(s) miembro(s) adulto(s)	Hijo, dependiente u otro miembro adulto	Total
Salario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Pago de horas extras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Comisiones/Honorarios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Propinas y bonos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Salario de un 2.º 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/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					
Seguridad Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Seguridad de Ingreso Suplementario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Pensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Fondos de retiro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Apoyo familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes, incluidos los pagos periódicos:	Cabeza del grupo familiar	Corresponsable /Cónyuge	Otro(s) miembro(s) adulto(s)	Hijo, dependiente u otro miembro adulto	Total
Indemnización laboral <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: Explique: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Total:					

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

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

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

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

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

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

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

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

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/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			
Cuenta(s) de cooperativas de ahorro y crédito <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			
Cuenta(s) IRA/Keogh* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fondo(s) de pensión/retiro* <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			
Otro: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

*Cuando indique el "valor en efectivo" de los activos con asterisco, escriba el monto que usted 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 SOBRE 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 liberada debido a una ejecución hipotecaria, quiebra o divorcio, responda no)

NO SÍ En caso afirmativo, ¿quién? _____

Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):

2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de una vivienda durante los últimos dos años?

NO SÍ En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Es actualmente propietario? NO SÍ En caso negativo, ¿cuándo fue enajenada? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿Está alquilándola? 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 miembros del grupo familiar

Fuente	Monto	Fecha de recepción	Motivo
FEMA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Federal Emergency Management Agency – Agencia Federal para el Manejo de Emergencias)			
SBA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Small Business Administration – Administración de Pequeñas Empresas)			
Sección 8 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Housing and Urban Development – Departamento de Vivienda y Desarrollo)			

Fuente	Monto	Fecha de recepción	Motivo
Urbano)			
TBRA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Tenant Based Rental Assistance – Asistencia con el Alquiler para Inquilinos)			
Seguros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Propietario)			
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____			

K. 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, el administrador o el propietario del desarrollo? 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, el administrador o el propietario del desarrollo (tanto por 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 puede participar en el Programa de Vivienda Asequible (Affordable Housing Program) del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (Texas Department of Housing and Community Affairs).

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 conjunto/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto	_____ Firma	_____ Fecha

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