

**Housing Authority of the  
City of Salem** *also serving the City of Keizer*

360 Church St. SE ♦ P. O. Box 808, Salem, Oregon 97308-0808 ♦ Voice: 503-588-6368; TDD: 503-588-6447 ♦ Fax: 503-588-6465 ♦  
E-mail: housing@cityofsalem.net ♦ Website: www.cityofsalem.net/sha

<b>Regrese la solicitud a:</b> <b>Correo:</b> Salem Housing Authority P. O. Box 808 Salem, OR 97308-0808 <b>Oficina:</b> 360 Church St SE Salem, OR 97301	<input type="checkbox"/> <b>Voucher Program</b> <input type="checkbox"/> <b>Mod Rehab</b> <input type="checkbox"/> <b>SRO Mod Rehab</b>
--	---

**SOLICITUD PARA LAS LISTAS DE ESPERA (PRE-APPLICATION)**

**Programa de Sección 8  
Rehabilitación Moderada (Mod Rehab)  
Rehabilitación Moderada SRO (Para mujeres solteras)**

**\*\*\* AVISO: En la actualidad, a los 5 años de espera para las unidades de 2 dormitorios. \*\*\***

(Solicitudes incompletas no seran aceptadas.)

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Relación al solicitante	Sexo	*Etnicidad **Raza Circule uno	Estudiante medio tiempo o completo	Fecha de nacimiento	Edad	Numero de seguro social	Discapacidad . Si/No
H					1 2 1 2 3 4 5 6					
2					1 2 1 2 3 4 5 6					
3					1 2 1 2 3 4 5 6					
4					1 2 1 2 3 4 5 6					
5					1 2 1 2 3 4 5 6					
6					1 2 1 2 3 4 5 6					
7					1 2 1 2 3 4 5 6					

Si es necesario, use una hoja separada para incluir otros miembros de la familia.

\*Etnicidad: (1) Hispano o latino (2) No hispano ni latino

\*\* Raza (escoja uno): (1) Blanco (2) Afro-Americano (3) Nativo Americano/Nativo de Alaska (4) Asiático (5) Nativo de Hawaii/Isla Pacifico

Su dirección (incluya la ciudad y código postal):

Números de teléfono:

Casa:

Mensaje:

Trabajo:

Si un miembro de su familia es una persona con:

discapacidad o está  embarazada.

Favor de indicarlo aquí con el nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Si está embarazada, indique aproximadamente la fecha de parto:

\_\_\_\_\_

Cuánto es la cantidad total de los ingresos mensuales de la familia? \$ \_\_\_\_\_

Indique la fuente de ingreso: \_\_\_\_\_

Necesita una unidad accesible o especial para un miembro de su familia?  Sí  No

Si contesto que sí, especifique:

Oído  Movilidad  Visión  Otro

Si no puede oír, requiere un intérprete?  Sí  No

Cual es su idioma principal?

Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Si su idioma principal no es el Inglés, puede hablar o escribir el

Inglés?  Yes  No

Indique uno o los dos:  Speak  Read

Necesita un intérprete?  Sí  No

Si contesto que sí, especifique: \_\_\_\_\_

Ha recibido asistencia de vivienda en el pasado?  Sí  No

Si contesto que sí, cuando fue y donde: \_\_\_\_\_

Actualmente estás sin hogar?  Sí  No

Vive en la casa de otras personas?  Si  No

Si contesto que sí, especifique:  Parientes  Amigos  Otro

Cual es su estado de matrimonial? (Solicitante principal solamente) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a	Tiene niños dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es usted un veterano de guerra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es usted un veterano incapacitado soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano autoriza a SHA a investigar antecedentes criminales de cada solicitante antes de proveer ayuda de vivienda.

Yo autorizo a los representantes de Salem Housing Authority a contactar a cualquier grupo, agencia, organización o persona que consideren necesario para obtener información o materiales para determinar si mi familia es elegible o califica para una o más listas de espera. Yo/nosotros entendemos que esta es una solicitud para una o más listas de espera y no se determinará si soy elegible algún programa hasta que mi nombre sea puesto en la lista de prioridad. Yo entiendo que colocando mi nombre en las listas de espera mencionadas arriba no constituye que sea elegible para ese programa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CASTIGO POR EL MAL USO DE ESTE CONSENTIMIENTO**

Titulo 18, Seccion 1001 del Código de Los Estados Unidos indica que una persona es culpable de un crimen si premeditadamente hace una declaración falsa o fraudulenta a un departamento del Gobierno de Los Estados Unidos, HUD, PHA, o del dueño (un empleado de HUD, PHA, o del dueño) puede ser sujeto a un castigo por dar o usar información sin autorización o inapropiadamente. Uso de la información recibida en esta solicitud es restrictivo al uso mencionado arriba. Cualquiera persona que premeditadamente requiere, obtiene, o revela información con engaño referente a un solicitante o participante puede ser sujeto a un delito menor y multado por no mas de \$5,000. Un aplicante o participante que sea afectado por la negligencia de que su información haya sido revelada puede hacer una acusacion por daños y/o solicitar otra recompensación contra un oficial o un empleado de HUD, PHA, o el dueño responsable por revelar informacion inapropiadamente. Se puede castigar por el mal uso de un número de seguro social como indica la ley del Seguro Social-42 U.S.C. 208 (f) (g) y (h).

**DECLARACION DE NO DISCRIMINACION DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS DE LA CUIDAD DE SALEM**

La Autoridad de Viviendas de la Cuidad de Salem no discrimina contra ninguna persona por su incapacidad, raza, color, religion, sexo, estado matrimonial, composicion familiar, origen nacional, orientacion sexual, genero sexual, fuente de ingresos, y/o socio domestico en cuanto admision o acceso a empleo, programas y actividades. Todas la juntas publicas son en lugares accesibles. Ayuda apropiada (TDD, interpretes, ayuda para leer o llenar documentos, ect.) sera proporcionadas a peticion. Quejas respecto al acceso de los programas de la Autoridad de Viviendas a los incapacitados debe ser sometido por escrito a Terry Frazier, Salem Housing Authority, P.O. Box 808, Salem, OR 97308-0808. Preguntas or comentarios pueden hacerse por telefono llamando al 503-588-6368, o TDD, 503-588-6447. Solicitud para asistencia puede ser dirigido al Representate de la Autoridad de Viviendas, Cordinador de Ocupaciones o a otro empleado. La ley de Viviendas Justo prohíbe discriminar en la venta, alquiler o finaciamiento de viviendas en base de la raza color, religion, sexo, incapacidad, estado matrimonial or origen nacional de una persona. Leyes federales tambien prohíbe la discriminacion en base de la edad. Quejas de discriminacion pueden ser sometidos a la Administracion, Oficina de Vivienda Rural, USDA, Washington DC 10250.

**Criterio de elegibilidad para todos programas está disponible a su petición en Salem Housing Authority, 360 Church St., Salem, Oregon**

**MODIFICACIONES RAZONABLE**

Si usted o algun miembro de su familia con discapacidad necesita una modificacion especifica de modo que pueda completamente utilizar los programas o servicios de SHA, favor de comunicarse a SHA para obtener una forma para pedir una modificacion razonable al (503) 588-6368



**NOTA: Criterio de elegibilidad para todos los programas esta disponible para revisar en las Sigüientes localidades:**

- SHA Administrative Offices – 360 Church St SE, Salem
- SHA Homes Property Management Office – 370 Church St. SE, Salem
- Robert Lindsey Tower Property Management Office – 370 Church St. SE, Salem
- Glen Creek Property Management Office – 1320 Orchard Heights Rd NW, Salem
- Northgate Property Management Office – 3557 Hawthorne Rd NE, Salem
- Affordable Housing Property Management Office - 3143 7<sup>th</sup> Place NE, Salem

**Office Use Only (check all eligible bedroom sizes according to Occupancy Standards)**

<b>Section 8 Voucher Program</b> <input type="checkbox"/>	<b>Section 8 Moderate Rehabilitation Units</b> <input type="checkbox"/> 1 Bdrm. <input type="checkbox"/> 2 Bdrm. <input type="checkbox"/> 3 Bdrm. <b>Section 8 Single Residence Unit (SRO)</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Student Rule requirements have been reviewed.    Additional notes:	
Application screened by:	Date:
Application(s) input by:	Date:
Imaged/Scanned by:	Date:

**INFORMACION DE CONTACTO ADICIONAL Y OPCIONAL PARA CANDIDATOS DE PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE VIVIENDA FEDERAL**

**Este formato se le dará a cada uno de los candidatos para asistencia de vivienda federal**

**Instrucciones: Persona o organización de contacto opcional:** Usted tiene el derecho de proveer como parte de su aplicación para asistencia de vivienda el nombre, dirección, teléfono o otra información pertinente de algún pariente, amigo o organización social, de salud, de apoyo o otra. Esta información de contacto es con el propósito de identificar de identificar a la persona o organización que pueda ayudar a resolver problemas que surjan durante el periodo de alquiler o a proporcionarle cuidados especiales o servicios que usted pueda requerir. **Usted puede actualizar, borrar, o cambiar la información que provea en este formulario en cualquier momento.** No es obligatorio proveer esta información de contacto, pero si decide hacerlo, por favor incluya toda información pertinente en este formulario.

<b>Nombre del candidato(a)/inquilino(a) responsable:</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b>
<b>Nombre de la persona o organización de contacto adicional:</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b>
<b>Correo electrónico (si se aplica):</b>	
<b>Relación con el candidato(a):</b>	
<b>Motivo para contactarlo(a):</b> (marque todas las respuestas que se apliquen)	
<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> en caso de que no se le pueda contactar a usted <input type="checkbox"/> Suspensión de asistencia de pago de alquiler <input type="checkbox"/> Orden de desalojo de vivienda <input type="checkbox"/> Pago atrasado	<input type="checkbox"/> Asistencia con el proceso de recertificación <input type="checkbox"/> Cambios en el contrato de arrendamiento <input type="checkbox"/> Cambios en las reglas de la casa <input type="checkbox"/> Otras situaciones: _____
<p><b>Compromiso de la Autoridad de Vivienda:</b> Esta información será guardada como parte de su archivo de aplicación o arrendamiento. Si surge algún problema mientras espera su vivienda; durante el proceso de determinación de elección, o durante su arriendo, o si requiere algún servicio o cuidado especial, podremos contactar a la persona o organización que usted anotó para que lo(a) ayude a solucionar estos problemas o le suministre servicios o cuidados especiales.</p>	
<p><b>Declaración de privacidad:</b> La información dada en este formulario es confidencial y no será compartida con nadie excepto como la ley apropiada implica o con el permiso del candidato.</p>	

**Información Legal:** Artículo 644 de la Vivienda y Desarrollo Comunitario de la Ley 1992 (Ley Pública 102-550, aprobado en octubre 28, 1992) exige que cada solicitante de vivienda de asistencia federal que se ofrecerá la opción de proporcionar información sobre una persona de contacto adicional, o de la organización. Al aceptar la solicitud del aplicante, el proveedor de vivienda se compromete a cumplir con no discriminar y los requisitos de igualdad de oportunidades, de 24 CFR § 5.105, incluyendo las prohibiciones de discriminación en la admisión o participación en programas de asistencia federal de vivienda basado en la raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y situación familiar bajo la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición de la discriminación por edad bajo la Ley de Discriminación por Edad de 1975.

Marque este recuadro si prefiere no proveer ninguna información de contacto

<b>Firma del candidato(a)/inquilino(a) responsable</b>	<b>Fecha</b>
--	--------------

Los requisitos de recopilación de información de este formulario serán presentados a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) bajo el Acta de Reducción de Papeleo de 1955 (44 U.S.C. 3501-3520). La carga de reportaje público es aproximadamente de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos ya existentes, reunir y ardar la información requerida y completar y revisar los datos recopilados. La sección 644 del Acta de Desarrollo de Vivienda y Comunidad de 1992 (42 U.S.C. 13604) obliga a la HUD a requerir que los proveedores de vivienda participen en los programas de asistencia de vivienda de la HUD para que a todo individuo o familia que haya aplicado al programa de asistencia de vivienda de HUD le sea ofrecida la opción de incluir en su aplicación de vivienda el nombre, dirección, número de teléfono y otra información pertinente de algún pariente, amigo, o persona asociada con alguna organización social, de salud, de apoyo o algo semejante. El objetivo de proveer esta información es facilitar información entre el proveedor de vivienda y la persona u organización identificada por el inquilino para asistirlo o brindarle servicios o cuidados especiales al inquilino y ayudarlo a resolver cualquier problema que pueda surgir durante su periodo de alquiler. Esta información adicional en la aplicación estará protegida por el proveedor de vivienda como información confidencial. El proveer esta información es esencial para el funcionamiento del programa de asistencia de vivienda de HUD y es voluntario. El hacer esto ayuda a cumplir los requerimientos establecidos por la ley y los controles de administración para prevenir el fraude, los despilfarros de dineros y la mala administración. Según el Acta de Reducción de Papeleo, ninguna agencia puede dirigir ni patrocinar, ni ninguna persona tiene la obligación de dar información, a menos que el responsable de recopilar la información muestre un número de control válido de OBM.

Declaración de Privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recopilar toda la información (menos el Numero de Seguridad Social (SSN)) que será usada por la HUD para proteger datos desembolsos de acciones fraudulentas.