

DECLARACIÓN PERSONAL

Instrucciones:

Usted debe completar esta forma y llevarla a su cita. Debe ser firmada por todos los adultos en la oficina el día de la cita. **NO FIRMARLA EN CASA.** Fallos al completar esta forma puede llevar a retraso en el procesamiento de su solicitud y/o Cambio de fecha de su cita.

La información que usted suministre relacionada con su composición familiar, ingresos, activos y deducciones deben a su mejor conocimiento y veracidad.

Unidad Familiar del Solicitante:

NOMBRE DEL SOLICITANTE Y/O RESIDENTE	DIRECCIÓN	APT.	ZIP CODE	TELÉFONO
---	-----------	------	----------	----------

Persona a llamar en caso de Emergencia:

NOMBRE DE AMIGO ó FAMILIAR	DIRECCIÓN	APT.	ZIP CODE	TELÉFONO
----------------------------	-----------	------	----------	----------

<p>A. ADULTOS DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR: Mencione a todos los adultos de su composición familiar, al igual que todo adulto que viva actualmente en su residencia. Incluyéndose a usted. Escriba claro. Esta sección es solo para adultos</p> <p>1- _____ Apellido Nombre Inicial # Seguro Social</p> <p>_____</p> <p>Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento # Licencia Estado</p> <p>Marque todo lo que aplique: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soltero(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Viudo</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Estudiante</td> <td><input type="checkbox"/> Desempleado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Divorciado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Impedido</td> <td><input type="checkbox"/> Negocio Propio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Separado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Incapacitado</td> <td><input type="checkbox"/> Retirado</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> Relación con el Jefe <u>JEFE</u> </div> <p>Si usted es divorciado o separado complete lo siguiente:</p> <p>_____ Nombre de esposa(a) Dirección</p> <p>_____ Seguro Social Fecha de Nacimiento</p>	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Impedido	<input type="checkbox"/> Negocio Propio	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Retirado	<p>PARA USO OFICIAL</p> <p>Funcionario AVP y/o Representante</p> <hr/> <p>1.</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> ID/Certificado de Nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Envejeciente/Impedido</p> <p><input type="checkbox"/> Sentencia de Divorcio</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración Jurada en caso de Separación</p>
<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Empleado											
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado											
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Impedido	<input type="checkbox"/> Negocio Propio											
<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Retirado											
<p>2- _____ Apellido Nombre Inicial # Seguro Social</p> <p>_____</p> <p>Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento # Licencia Estado</p> <p>Marque todo lo que aplique: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soltero(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Viudo(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Estudiante</td> <td><input type="checkbox"/> Desempleado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Divorciado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Impedido</td> <td><input type="checkbox"/> Negocio Propio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Separado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Incapacitado</td> <td><input type="checkbox"/> Retirado</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> Relación con el Jefe _____ </div> <p>Si usted es divorciado o separado complete lo siguiente:</p> <p>_____ Nombre de esposa(a) Dirección</p> <p>_____ Seguro Social Fecha de Nacimiento</p>	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Impedido	<input type="checkbox"/> Negocio Propio	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Retirado	<p>2.</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> ID/Certificado de Nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Envejeciente/Impedido</p> <p><input type="checkbox"/> Sentencia de Divorcio</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración Jurada en caso de Separación</p>
<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Empleado											
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado											
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Impedido	<input type="checkbox"/> Negocio Propio											
<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Retirado											

<p>3- _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido</td> <td style="width: 25%;">Nombre</td> <td style="width: 25%;">Inicial</td> <td style="width: 25%;"># Seguro Social</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lugar de Nacimiento</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td># Licencia Estado</td> </tr> </table> <p>Marque todo lo que aplique: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soltero(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Viudo(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Estudiante</td> <td><input type="checkbox"/> Desempleado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Divorciado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Impedido</td> <td><input type="checkbox"/> Negocio Propio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Separado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Incapacitado</td> <td><input type="checkbox"/> Retirado</td> </tr> </table> <p>Si usted es divorciado o separado complete lo siguiente:</p> <p>Nombre de esposa(a) _____ Dirección _____</p> <p>Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____</p>	Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social	Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	# Licencia Estado	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Impedido	<input type="checkbox"/> Negocio Propio	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Retirado	<p>PARA USO OFICIAL</p> <p>3.</p> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social <input type="checkbox"/> ID/Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Envejeciente/Impedido <input type="checkbox"/> Sentencia de Divorcio <input type="checkbox"/> Declaración Jurada en caso de Separación
Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social																		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	# Licencia Estado																		
<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Empleado																			
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado																			
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Impedido	<input type="checkbox"/> Negocio Propio																			
<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Retirado																			

<p>4. _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido</td> <td style="width: 25%;">Nombre</td> <td style="width: 25%;">Inicial</td> <td style="width: 25%;"># Seguro Social</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lugar de Nacimiento</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td># Licencia Estado</td> </tr> </table> <p>Marque todo lo que aplique: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soltero(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Viudo(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Estudiante</td> <td><input type="checkbox"/> Desempleado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Divorciado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Impedido</td> <td><input type="checkbox"/> Negocio Propio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Separado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Incapacitado</td> <td><input type="checkbox"/> Retirado</td> </tr> </table> <p>Si usted es divorciado o separado complete lo siguiente:</p> <p>Nombre de esposa(a) _____ Dirección _____</p> <p>Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____</p>	Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social	Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	# Licencia Estado	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Impedido	<input type="checkbox"/> Negocio Propio	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Retirado	<p>4.</p> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social <input type="checkbox"/> ID/Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Envejeciente/Impedido <input type="checkbox"/> Sentencia de Divorcio <input type="checkbox"/> Declaración Jurada en caso de Separación
Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social																		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	# Licencia Estado																		
<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Empleado																			
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado																			
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Impedido	<input type="checkbox"/> Negocio Propio																			
<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Retirado																			

<p>B. MENORES DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR: Mencione los menores que vivan con usted</p>																					
<p>1. _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido</td> <td style="width: 25%;">Nombre</td> <td style="width: 25%;">Inicial</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td># Seguro Social</td> <td>Sexo</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lugar de Nacimiento</td> <td>Nombre de la Escuela</td> <td>Dirección</td> <td>Zip Code</td> </tr> <tr> <td>Nombre de la Madre</td> <td># Seguro Social</td> <td>Fecha de Nac.</td> <td>Dirección</td> </tr> <tr> <td>Nombre del Padre</td> <td># Seguro Social</td> <td>Fecha de Nac.</td> <td>Dirección</td> </tr> </table>	Apellido	Nombre	Inicial		# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección	Zip Code	Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Dirección	Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Dirección	<p>B.</p> <p>1.</p> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social <input type="checkbox"/> ID/ Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Revisar información de los Padres Solicitante y/o Residente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Nombre	Inicial																			
# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento																			
Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección	Zip Code																		
Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Dirección																		
Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Dirección																		
<p>2. _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido</td> <td style="width: 25%;">Nombre</td> <td style="width: 25%;">Inicial</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td># Seguro Social</td> <td>Sexo</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lugar de Nacimiento</td> <td>Nombre de la Escuela</td> <td>Dirección</td> <td>Zip Code</td> </tr> <tr> <td>Nombre de la Madre</td> <td># Seguro Social</td> <td>Fecha de Nac.</td> <td>Dirección</td> </tr> <tr> <td>Nombre del Padre</td> <td># Seguro Social</td> <td>Fecha de Nac.</td> <td>Dirección</td> </tr> </table>	Apellido	Nombre	Inicial		# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección	Zip Code	Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Dirección	Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Dirección	<p>2.</p> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social <input type="checkbox"/> ID/ Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Revisar información de los Padres Solicitante y/o Residente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Nombre	Inicial																			
# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento																			
Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección	Zip Code																		
Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Dirección																		
Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Dirección																		

<p>3.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Apellido</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Inicial</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Sexo</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Lugar de Nacimiento</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la Escuela</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Dirección</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la Madre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nac. Dirección</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre del Padre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nac. Dirección</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin-left: auto; margin-top: 10px; padding: 5px;"> Relación con el JEFE _____ </div>	Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección	Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección	Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección	<p style="text-align: center;">PARA USO OFICIAL</p> <p>3.</p> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social <input type="checkbox"/> ID/ Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Revisar información de los Padres Solicitante y/o Residente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Nombre	Inicial														
# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento														
Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección														
Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección														
Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección														
<p>4.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Apellido</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Inicial</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Sexo</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Lugar de Nacimiento</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la Escuela</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Dirección</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la Madre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nac. Dirección</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre del Padre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nac. Dirección</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin-left: auto; margin-top: 10px; padding: 5px;"> Relación con el JEFE _____ </div>	Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección	Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección	Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección	<p>4.</p> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social <input type="checkbox"/> ID/ Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Revisar información de los Padres Solicitante y/o Residente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Nombre	Inicial														
# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento														
Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección														
Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección														
Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección														
<p>5.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Apellido</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Inicial</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Sexo</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Lugar de Nacimiento</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la Escuela</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Dirección</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la Madre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nac. Dirección</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre del Padre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"># Seguro Social</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nac. Dirección</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin-left: auto; margin-top: 10px; padding: 5px;"> Relación con el JEFE _____ </div>	Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección	Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección	Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección	<p>5.</p> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social <input type="checkbox"/> ID/ Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Revisar información de los Padres Solicitante y/o Residente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Nombre	Inicial														
# Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento														
Lugar de Nacimiento	Nombre de la Escuela	Dirección														
Nombre de la Madre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección														
Nombre del Padre	# Seguro Social	Fecha de Nac. Dirección														
<p>C. NIÑOS DE HOGARES DE CRIANZA</p> <p>Hay algún menor en el hogar que sea niño de hogar de crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre de los niños:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>C.</p> <input type="checkbox"/> Documento de cada menor que es de Hogar de Crianza <input type="checkbox"/> Licencia de Hogares de Crianza Solicitante y/o Residente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
<p>D. ESTUDIANTES A TIEMPO COMPLETO DE 18 AÑOS O MÁS:</p> <p>Nombre del Estudiante _____ Nombre y Dirección de la Escuela _____</p> <p>Nombre del Estudiante _____ Nombre y Dirección de la Escuela _____</p> <p>Nombre del Estudiante _____ Nombre y Dirección de la Escuela _____</p>	<p>D.</p> <p>Asistencia Estudiantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asistencia Estudiantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asistencia Estudiantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>															

<p>E. Empleo: Persona que este trabajando o espere trabajar en los próximos seis meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contesta sí, favor de completar espacios a continuación. Si tiene negocio propio favor presentar desglose de ingresos y gastos.</p> <hr/> <p>Nombre Ocupación Sueldo Mensual</p> <hr/> <p>Nombre del Patrono Dirección Ciudad, Estado, Zip Code Teléfono</p> <p>Recibe usted alguno de los siguientes beneficios:</p> <p>Tiempo Extra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Propinas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Bono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comisiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>USO OFICIAL</p> <p>E.</p> <p><input type="checkbox"/> Hoja de patrono</p> <p>Ganancias Extras</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<hr/> <p>Nombre Ocupación Sueldo Mensual</p> <hr/> <p>Nombre del Patrono Dirección Ciudad, Estado, Zip Code Teléfono</p> <p>Recibe usted alguno de los siguientes beneficios:</p> <p>Tiempo Extra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Propinas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Bono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comisiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Hoja de patrono</p> <p>Ganancias Extras</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<hr/> <p>Nombre Ocupación Sueldo Mensual</p> <hr/> <p>Nombre del Patrono Dirección Ciudad, Estado, Zip Code Teléfono</p> <p>Recibe usted alguno de los siguientes beneficios:</p> <p>Tiempo Extra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Propinas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Bono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comisiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Hoja de patrono</p> <p>Ganancias Extras</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<hr/> <p>Nombre Ocupación Sueldo Mensual</p> <hr/> <p>Nombre del Patrono Dirección Ciudad, Estado, Zip Code Teléfono</p> <p>Recibe usted alguno de los siguientes beneficios:</p> <p>Tiempo Extra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Propinas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Bono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comisiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Hoja de patrono</p> <p>Ganancias Extras</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<hr/> <p>Nombre Ocupación Sueldo Mensual</p> <hr/> <p>Nombre del Patrono Dirección Ciudad, Estado, Zip Code Teléfono</p> <p>Recibe usted alguno de los siguientes beneficios:</p> <p>Tiempo Extra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Propinas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Bono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comisiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Hoja de patrono</p> <p>Ganancias Extras</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

F. INGRESOS: algún miembro de la composición familiar recibe o recibirá algunos de los beneficios mencionados adelante. Si marca si, favor de indicar el nombre del miembro de la familia y la cantidad que recibe o recibirá mensual.					USO OFICIAL
<i>Beneficio</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Persona que lo recibe</i>	<i>Cantidad Mensual</i>	
* Adiestramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Estudio y Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Préstamo Estudiantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Becas Estudiantiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Asistencia Nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Asistencia Económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Compensación por Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Incapacidad Estatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Compensación por empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Pensión Alimentaría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Pensión Matrimonial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Beneficio por Veterano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Compensación Militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Intereses de Activos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Ingresos por propiedad rentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Segundo Empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
* Otros Explique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____			_____	_____	
_____			_____	_____	
_____			_____	_____	

Asistencia Económica _____
 NOMBRE DEL EMPLEADO DIRECCIÓN DE OFICINA PROGRAMA TELÉFONO

Asistencia Nutricional _____
 NOMBRE DEL EMPLEADO DIRECCIÓN DE OFICINA PROGRAMA TELÉFONO

Presentar evidencias mas recientes de sus ingresos el día de la cita. (Ejemplos: Certificación de Desempleo, Certificación Programa Asistencia Nutricional, Certificación de Asistencia Económica, Certificación Asume, Certificación de Seguro Social, Retiro, ó Veterano, Certificación de Empleo, Estado de cuentas bancarias).

G. Cuido: Contrata servicios para cuidado de menores de 12 años o para persona incapacitada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Complete lo siguiente:		USO OFICIAL
1. _____ Nombre	Cantidad Pagada _____ Semanal ó Mensual	<input type="checkbox"/> Verificación de cuido de menores
_____ Dirección	_____ Teléfono	Nombre de la persona que Paga el cuido de menores

2. _____	Cantidad Pagada _____
Nombre _____	Semanal ó Mensual
_____	_____
Dirección _____	Teléfono _____

H. Alguien en la composición familiar recibe ó recibirá donativos, regalías ó préstamos de alguna clase. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marca si, favor completar blancos: _____	USO OFICIAL
Artículo recibido _____ Valor del Artículo _____ Institución ó Persona Donante _____	H. <input type="checkbox"/> Verificación

I. Alguien en la composición familiar, es dueña de alguna propiedad inmueble, (Ejemplo, Edificios, Casas, terrenos) ó de una casa móvil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marca si, favor completar blancos _____	I. <input type="checkbox"/> Verificación Valor en el Mercado \$ _____ Deuda a pagar \$ _____ Ganancia \$ _____
Tipo de propiedad _____ Dirección _____ Valor Estimado _____	

J. Alguien en la composición familiar, incluyendo los menores que tenga uno de estos Recursos. Si marca Sí favor de completar los espacios.	J. <input type="checkbox"/> Verificación																																																																																																																																										
<table border="0"> <thead> <tr> <th>Recurso:</th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Nombre de quien lo recibe</th> <th>Cantidad</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>* Dinero en efectivo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Cuentas de Cheques</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>* Cuantas cuentas de Cheque tiene _____</td> <td></td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Pólizas de Seguro de vida</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Bonos de ahorro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Acciones</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Certificados de depósito</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Cuentas de retiro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Compensación Diferida</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Cajas de seguridad en Banco</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Propiedades</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>* Otros, Explique _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si marco Sí en cualquiera de los recursos anteriormente mencionados, favor completar lo siguiente:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tipo de Recurso</td> <td>Valor Actual</td> <td>Nombre y Dirección de la Institución</td> <td>Núm. de Cuenta</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Recurso:	Sí	No	Nombre de quien lo recibe	Cantidad		* Dinero en efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Cuentas de Cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				_____	_____		* Cuantas cuentas de Cheque tiene _____			_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Pólizas de Seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Bonos de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Acciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Certificados de depósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Cuentas de retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Compensación Diferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Cajas de seguridad en Banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Propiedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	* Otros, Explique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____	_____	<input type="checkbox"/>	Si marco Sí en cualquiera de los recursos anteriormente mencionados, favor completar lo siguiente:					<input type="checkbox"/>	Tipo de Recurso	Valor Actual	Nombre y Dirección de la Institución	Núm. de Cuenta		<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____		<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____		<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____		<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____		<input type="checkbox"/>	
Recurso:	Sí	No	Nombre de quien lo recibe	Cantidad																																																																																																																																							
* Dinero en efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Cuentas de Cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
			_____	_____																																																																																																																																							
* Cuantas cuentas de Cheque tiene _____			_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Pólizas de Seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Bonos de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Acciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Certificados de depósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Cuentas de retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Compensación Diferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Cajas de seguridad en Banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Propiedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
* Otros, Explique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
_____			_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
_____			_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
_____			_____	_____	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
Si marco Sí en cualquiera de los recursos anteriormente mencionados, favor completar lo siguiente:					<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
Tipo de Recurso	Valor Actual	Nombre y Dirección de la Institución	Núm. de Cuenta		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
_____		_____	_____		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
_____		_____	_____		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
_____		_____	_____		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
_____		_____	_____		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						

<p>K. Recibe ingreso, de cualquier otra fuente de ingreso, incluyendo alguien fuera de la composición familiar que le ayude a pagar alguno de los gastos de la familia, o le dé dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta si favor complete los blancos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">USO OFICIAL</p> <p>K.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>L. Posee alguien vehículo ó tendrá el uso de alguno, tales como: carro, camiones motocicletas, vehículos de campo, casa móvil, remolque, bote ó cualquier otro vehículo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta si, favor completar los blancos.</p> <p>Tipo Licencia Estado Año Marca y Modelo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>I.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>M. Tiene Servicios de Acompañante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta si favor llenar blancos:</p> <p>Nombre del Acompañano Seguro Social</p> <p>_____</p> <p>Pagas por este servicio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta no Explique</p> <p>_____</p>	<p>M.</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación Médica</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Certificación de Acompañante</p>
<p>N. Usted o algún miembro de su composición familiar ha sido arrestado por drogas o actividades criminales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Si, favor mencionar fecha, cargos, ciudad y estado:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>N.</p>
<p>O. Usted o algún miembro de su familia ha sido arrestado por cometer crímenes violentos, utilizando la fuerza contra la persona o propiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Si favor mencionar fecha, cargos, ciudad, estado:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>O.</p>
<p>P. Usted u otro adulto miembro de su composición familiar ha utilizado, nombre Seguro Social que no sea suyo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Si, Explique:</p> <p>_____</p>	<p>P.</p>
<p>Q. Usted o algún adulto de su composición familiar ha vendido en los últimos dos años, alguna propiedad ó activo; por menos de su valor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Si, Explique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Q.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificación del Valor de la propiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Verificación que el activo ya no pertenece a un miembro de la composición familiar</p>
<p>R. Usted o algún miembro de su composición familiar ha residido con subsidio de alquiler. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Si, Explique:</p> <p>_____</p> <p>Dirección Fecha</p>	<p>R.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificación de deuda</p>
<p>S. Alguna vez ha cometido fraude en el programa de vivienda subsidiada ó se le requirió devolver dinero por haber presentado falsa información <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Si, Explique:</p> <p>_____</p>	<p>S.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar estado de elegibilidad.</p>
<p>T. Hay algún niño de siete años o menor que tenga un elevado nivel de plomo en la sangre. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>T.</p>

U. GASTOS MÉDICOS – ENVEJECIENTES, INCAPACITADOS ó FAMILIAS DE IMPEDIDOS SOLAMENTE
 Si el jefe de familia ó el cónyuge tiene 62 años ó más, es incapacitado, ó impedido. Si algún miembro de la familia paga por Medicamentos, tratamiento dental, seguro médico, y/o equipo médico necesario que no son reembolsables, deberá presentar verificación de gastos mensual y anual. Deberá presentar recibos de gastos de medicinas ó una certificación del farmacéutico. Asegúrese de presentar su certificación de medicare y facturas de seguros.

Nombre de la Farmacia

Dirección

Ciudad, Estado, Zip Code

JEFE DE FAMILIA SOLAMENTE: Por favor complete
 (elija código que mejor lo describa)

RAZA [] 1- Blanco 2- Negro 3- Asiático	GRUPO ÉTNICO [] 1- Hispano 2- No Hispano
---	--

ACTA DE PRIVACIDAD

La información recopilada por la Administración de Vivienda Pública y su agencia fiscalizadora HUD, por sus siglas en inglés, Es con el propósito de determinar elegibilidad del solicitante, recomendar tamaño de unidad y la cantidad de dinero que debe pagar una familia de renta y utilidades.

HUD utiliza los ingresos de la familia y otra información para monitorear y manejar los fondos de programa de vivienda, para proteger el gobierno, sus finanzas, e intereses y la veracidad de la información suministrada. HUD ó las agencias de administración de viviendas/ autoridad de hogares, pueden verificar la información suministrada a través de la computadora. Esta información se puede compartir con agencias gubernamentales federales y estatales y cuando sea necesario a fiscales e investigadores civiles ó criminales. Sin embargo la información no será revelada fuera de HUD, al menos que la ley lo permita ó requiera.

Usted deberá proveer la información solicitada por la Administración de Vivienda Pública, incluyendo el número de Seguro Social, de todos los miembros de la composición familiar mayores de seis años. Es mandatorio presentar los números de Seguro Social. Negarse a presentar los números de Seguro Social de toda la composición familiar mayores de seis años, puede resultar en retraso ó rechazo de su solicitud de elegibilidad.

Autoridad para recopilar información: Las siguientes leyes autorizan a recopilar información por HUD, ó la Administración de Vivienda Pública: U.S. Housing Act of 1937 (42 U.S.C. 1437 et. Seq.) Title VI of the Civil Rights Act of 1968. The Housing and Community Development Act of 1987 (42 U.S.C. 3543) requieren que todo solicitante y residente presenten su número de Seguro social, todos en la composición familiar mayores de seis años.

CERTIFICACIÓN Y AVISO SOLICITANTE/ RESIDENTE

Yo/Nosotros certificamos a la Administración de Vivienda Pública que la información suministrada, de composición familiar, ingresos, activos, ganancias, y deducciones es exacta y completa. Yo/Nosotros entendemos que la falsa información es condenada bajo la ley federal. Yo/Nosotros también entendemos que información falsa suministrada, da base a la terminación de servicios de aplicación y la cancelación de contrato de arrendamiento.

AVISO: TITULO 18 SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE DELITO DE FRAUDE, AL TENER CONOCIMIENTO Y PRESENTAR INFORMACIÓN FALSA, A CUALQUIERA DE LAS AGENCIAS GUBERNAMENTALES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

Yo juro que toda la información suministrada anteriormente acerca de mi composición familiar es cierta. También entiendo que cualquier cambio en la composición familiar ó ingreso debe ser reportado a la Administración de Vivienda Pública inmediatamente.

Yo declaro bajo penalidad de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que la información contenida en esta declaración es correcta y completa.

¡DETENTE! ESTA FORMA DEBE SER FIRMADA EL DÍA DE LA CITA. TODOS LOS ADULTOS DEBEN FIRMAR DELANTE DE UN FUNCIONARIO DE AVP.

Firma del Jefe de la familia Fecha

Firma del Cónyuge Fecha

Firma de otro adulto Fecha

Firma de otro adulto Fecha

PARA USO DEL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE VIVIENDA PÚBLICA Y NOTIFICACIÓN PARA EXPEDIENTE DEL RESIDENTE

Yo Certifico que;

1. La información dada a la Administración de Vivienda Pública por el Jefe de Familia de _____ En cuanto a composición familiar, ingresos activos de la familia, beneficios y deducciones han sido verificados como lo requiere la ley federal.
2. La familia fue elegible para admisión.
3. La familia ha certificado que ha presentado a la agencia información completa y adecuada.

FUNCIONARIO AVP y/o REPRESENTANTE

FECHA

Nombre del Jefe de la Familia _____

Seguro Social _____

**ADMINISTRACIÓN DE VIVIENDA PÚBLICA
HISTORIAL DEL RESIDENTE/ HOJA DE INFORMACIÓN**

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____

1. Tiene problemas de visión Sí No
2. Tiene problema de audición Sí No
3. Algún miembro de la Familia necesita un sillón de ruedas Sí No
4. Puedes vivir en un apartamento que tengas que subir escaleras Sí No
5. Tienes mascotas Sí No
Si contestas Si descríbelo: _____

6. Alguien en tu composición Familiar que haya sido arrestado, ó detenido por la policía por algún delito. (Que no sea violaciones de tránsito) Sí No Si contesta Sí, Mencione _____

Describe la actividad criminal (convicto/ pendiente): _____

Acción tomada/ Veredicto: _____

7. Alguno de esta composición familiar ha sido desahuciada de una unidad rentada en los últimos cinco años.
 Sí No Si contesta Sí, mencione fecha, dirección y razón: _____

Mencione su dirección residencial en los últimos cinco años (utilice papel adicional si es necesario)

1. Dirección Actual: _____

Desde: _____

Nombre de los Dueños ó Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño: _____

2. Dirección Anterior: _____

Desde: _____

Nombre de los Dueños ó Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño: _____

Razón para desocupar: _____

3. Dirección Anterior: _____

Desde: _____

Nombre de los Dueños ó Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño: _____

Razón para desocupar: _____

4. Dirección Anterior: _____

Desde: _____

Nombre de los Dueños ó Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño: _____

Razón para desocupar: _____

5. Dirección Anterior: _____

Desde: _____

Nombre de los Dueños ó Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño: _____

Razón para desocupar: _____

6. Dirección Anterior: _____

Desde: _____

Nombre de los Dueños ó Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño: _____

Razón para desocupar: _____

7. Dirección Anterior: _____

Desde: _____

Nombre de los Dueños ó Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño: _____

Razón para desocupar: _____

OBLIGACIONES FINANCIERAS SI APLICA (Pago de auto, préstamos, etc.)

Pagos a:	Cantidad a Pagar por mes:	Pagos a:	Cantidad a pagar por mes:
1. _____	\$ _____	4. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	5. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	6. _____	\$ _____

AVISO: TITULO 18 SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE DELITO DE FRAUDE, AL TENER CONOCIMIENTO Y PRESENTAR INFORMACIÓN FALSA, A CUALQUIERA DE LAS AGENCIAS GUBERNAMENTALES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

Yo juro que toda la información suministrada anteriormente acerca de mi composición familiar es cierta. También entiendo que cualquiera en la composición familiar ó ingreso debe ser reportado a la Administración de Vivienda Pública inmediatamente.

Yo declaro bajo penalidad de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que la información contenida en esta declaración es correcta y completa.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha