



**Community Development Authority  
of the City of Madison**  
Housing Operations Division  
Madison Municipal Building, Suite 120  
215 Martin Luther King, Jr. Boulevard  
Madison, Wisconsin 53703-3348  
608 266-4675 Telnet 1-866-704-2318  
www.cityofmadison.com/housing/index.htm

**USO SOLO PARA OFICINA**

BR/PTS: \_\_\_\_\_

APP NO: \_\_\_\_\_



**Solicitud para Viviendas Públicas Bajos en Renta**  
Las viviendas son administrados por y propiedades de la  
Ciudad de Madison-CDA

**Asistencia para la Solicitud esta disponible todos los Martes, Miércoles y Jueves 8:30 a.m. – 12 p.m. y 1 p.m. – 4 p.m.**

Si necesita un intérprete, materiales en diferente formato u otra acomodación para asistirle con acceso a este servicio, actividad, o programa por favor contactar La División de Operaciones de Viviendas al 608-266-4868 o TextNet 1-866-704-2318.

**Favor de regresar la solicitud completa a 215 Martin Luther King, Jr. Blvd., Room 120  
o enviar al domicilio: CDA-Housing PO Box 1785 Madison, WI 53701-1785**

**Junto con la Solicitud para asistencia para una vivienda necesitamos recibir lo siguiente:**

- Autorización de Liberación de Información para cada miembro de casa de 18 años y mayores (adjunta) - firmada y fechada.
- Liberación de Información HUD y Acta de Aviso de Privacidad (adjunta)- firmada y fechada.
- Declaración de Ciudadanía (adjunta) - completa, firmada y fechada.
- Copia de la Tarjeta de Seguro Social para cada miembro de casa. **Recibos para la solicitud de la tarjeta NO SON ACEPTADOS.**
- Copia certificada del acta de nacimiento de todos los menores. **Certificados de recuerdo dados por el hospital NO SON ACEPTADOS.**
- Copia** de una valida y vigente licencia para conducir o identificación gubernamental con fotografía para todos los adultos.
- Copia** de la carta de Prueba de Ingresos de Seguro Social del año actual, si aplica. Contactar SSA al 1-800-772-1213.
- Verificación** de la elegibilidad de su estatus migratorio, si es aplicable. (Copias de I-94, I-327, I-551, I-571, I-688, I-688A, I-688B, I-766 o pasaporte extranjero vigente).

**Si esta teniendo alguna dificultad para obtener la documentación mencionada o tiene alguna pregunta, favor de contactarnos al 266-4868.**

<b>COMPOSICION DEL HOGAR:</b> Apunte su nombre y los nombres de las personas que van a estar viviendo con usted. Incluya una hoja adicional si es necesario. Favor de comenzar con el jefe de casa.						
MIEMBROS DEL HOGAR (Nombre-Inicial-Apellido)	No. DE SEGURO SOCIAL (24 CFR 5.216)	RELACION A LA CABEZA DE CASA	SEXO	RAZA	FECHA DE NACIMIEN-TO	¿UNIVERSITARIO DE TIEMPO COMPLETO?
		CABEZA DE CASA				Si No
						Si No
						Si No
						Si No
						Si No
						Si No

**Otros nombres usados por los adultos en la vivienda:** \_\_\_\_\_

Domicilio Actual

Domicilio de correo (si es diferente)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Teléfono Alternativo** \_\_\_\_\_

**INGRESO TOTAL DEL HOGAR:** Apunte todos los ingresos ganados o recibidos de todas las personas que viven en su hogar.

**Miembro del Hogar** \_\_\_\_\_

- Empleo \$ \_\_\_\_\_/mes Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio del empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
- SSI/SSDI/Beneficios de Seguro Social \$ \_\_\_\_\_/mes **SOMETER CARTA DE INGRESO DEL AÑO ACTUAL**
- Pagos del empleador por discapacidad \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Manutención de Menores \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Beneficios de Pensión/Jubilación \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Beneficios de Veterano \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Compensación Obrera \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- W2/TANF \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Contribuciones \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Otros \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_

**Miembro del Hogar** \_\_\_\_\_

- Empleo \$ \_\_\_\_\_/mes Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio del empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
- SSI/SSDI/Beneficios de Seguro Social \$ \_\_\_\_\_/mes **SOMETER CARTA DE INGRESO DEL AÑO ACTUAL**
- Pagos del empleador por discapacidad \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Manutención de Menores \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Beneficios de Pensión/Jubilación \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Beneficios de Veterano \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Compensación Obrera \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- W2/TANF \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Contribuciones \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_
- Otros \$ \_\_\_\_\_/mes Fuente: \_\_\_\_\_

**BIENES** y números de cuentas de todos los miembros de la familia (cheques, ahorros, uniones de crédito, fondo de mercado de valores, certificados de deposito, acciones, bonos, bienes raíces, valor de póliza de vida, etc.) **Incluya hojas adicionales si es necesario.** Usted debe incluir todos los bienes que se hayan vendido dentro de los 2 años pasados.

Miembro del Hogar	Nombre y Domicilio de la Institución Financiera	Tipo de Bienes	No. de Cuenta	Valor de los Bienes

Nombre del Miembro del Hogar: \_\_\_\_\_

**HISTORIA RESIDENCIAL:** Favor de proveer la historial residencial de todos adultos de los últimos **2 años (24 meses)**. Necesitamos saber todos los lugares en los cuales usted y sus miembros adultos del hogar han vivido, aunque temporalmente por los últimos 2 años.

DE (Mes/ Año)	HASTA (Mes/ Año)	SU DOMICILIO (Domicilio Completo)	PROPIETARIO (Nombre, domicilio, y teléfono completo)	¿ESTA O ESTUBO BAJO EL ALQUILER ? (Si o No)	SI NO ESTA BAJO EL ALQUILER, APUNTE EL NOMBRE, DOMICILIO Y TELEFONO DEL ARRENDADOR	SI NO ESTA EN EL ALQUILER, ¿SABE/SUPO EL PROPIETARIO QUE USD. ESTA/ESTUBO ALLI? (Si o No)
	<b>AHORA</b>					

**Nombre del Miembro del Hogar:** \_\_\_\_\_

DE (Mes/ Años)	HASTA (Mes/ Años)	SU DOMICILIO  (Domicilio Completo)	PROPIETARIO  (Nombre, domicilio y teléfono completo)	¿ESTA/EST UBO BAJO EL ARRENDA MIENTO?  (Si o No)	SI <b>NO</b> ESTA BAJO EL ALQUILER, APUNTE EL NOMBRE, DOMICILIO Y TELEFONO DEL ARRENDADOR	SI NO ESTA EN EL ALQUILER, ¿SABE/SUPO EL PROPUETARIO QUE USD. ESTA/ESTUBO ALLI?  (Si o No)
	<b>AHORA</b>					

## Preferencias para la lista de espera

Solicitantes elegibles son asignados un lugar en la lista de espera basados en sus preferencias y en el tiempo y fecha en que se recibió la solicitud completa. Preferencias son categorías para la gente con estatus especial o necesidades urgentes de vivienda y determinan quien será colocado al frente de la lista de espera.

- Reclamo a una preferencia no le accede preferencia automáticamente en la lista de espera.
- Obtener una preferencia no le garantiza admisión o residencia inmediatamente.
- Usted debe someter documentación comprobando que usted califica para una preferencia.
- Solicitantes deben cumplir con todos los requisitos para así recibir asistencia, a pesar del estatus de preferencia.
- Usted puede reclamar preferencias en su solicitud o en cualquier tiempo antes de su admisión.

**Si su actual situación cabe en cualquiera de las siguientes categorías, podrá avanzar más rápidamente en la lista de espera:**

### **Categoría 1 – Preferencia de Residencia**

- Yo vivo, trabajo, me han contratado para trabajar, estoy en la escuela, o participo en un programa de entrenamiento en la Ciudad de Madison.

**Para reclamar Preferencia de Residencia**, usted debe mostrar documentación:

- Si usted vive en la ciudad de Madison, proveer copia del alquiler vigente o cobro de luz u otro, bajo su nombre.
- Si usted ha sido contratado/a para trabajar en la ciudad de Madison, muestre un certificado de empleo por escrito.
- Si usted está en la escuela en la ciudad de Madison, muestre fichas de inscripción escolar vigentes.

### **Categoría 2 – Preferencia de Familia/Discapacidad/Vejez** (Estas son todas una sola categoría y son evaluadas por igual)

- Mi hogar incluye uno o más menores bajo la edad de 18 años.
- Yo soy, o un miembro de mi hogar tiene, 62 años de edad o mayor.
- Yo **PUEDO**, o algún miembro de mi hogar **PUEDE**, calificar como un individuo con alguna discapacidad. Conforme con el Acta de Americanos con Discapacidades una "Persona Discapacitada" se refiere a una persona que:
1. Tiene un impedimento físico o mental, que limita substancialmente uno o más de sus actividades de vida;
  2. Tiene documentos de tal impedimento; o
  3. Se le refiere como teniendo tal impedimento.

**Nombre del miembro del hogar que califica como "Persona Discapacitada"** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Requiere un apartamento con acceso a silla de ruedas.

\_\_\_\_ Requiere a un auxiliante de vivienda.

**Nombre del Profesional Médico** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Para reclamar Preferencia de Familia/Discapacidad/Vejez**, usted debe mostrar documentación:

- Copia certificada del acta de nacimiento de cada menor en su hogar.
- Copia de Licencia de Conducir vigente o Identificación Estatal para cada miembro del hogar que tenga 62 años o mayor.
- Copia de la Carta de Prueba de Ingreso de Seguro Social del año actual, o nombre, domicilio, teléfono completo de su Médico Profesional.

### **Categoría 3 – Sin Hogar/Victima de Abuso Doméstico** (Estas son todas una sola categoría y son evaluadas por igual)

- Soy una persona sin hogar.
- He sido forzado a dejar mi hogar por un crimen relacionado con abuso intrafamiliar/doméstico.

**Para reclamar Preferencia de Persona sin Hogar/Victima de Abuso Doméstico**, usted debe mostrar documentación:

- Certificación por escrito de un refugio público o privado, la policía, o agencia de servicios sociales.
- Si Ud. está viviendo en el hogar de otra persona, provee una copia del alquiler de la cabeza de casa en ese hogar.
- Copia del informe policíaco o declaración por escrita del Trabajador Social, Médico Profesional, o Asistente de D.A.I.S. (Servicios de Intervención por Abuso Doméstico).

**Si usted siente que puede calificar para cualquiera de las categorías de preferencia mencionadas y no puede proveer la documentación requerida. Favor de contactarnos al (608) 266-4868.**

**¿USTED TIENE UN DEFENSOR?**

Si usted tiene alguien que le este ayudando (un pariente, trabajador social, etc.) Favor de darnos lo siguiente:

Nombre/Agencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿LE GUSTARIA QUE CDA ENVIARA COPIAS DE CARTAS A LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA?

- Si
- No

\*\*\*\*\*

**CERTIFICACION**

- ¿A usted, o alguien en su hogar ha sido condenado por producir metanfetamina, también conocido por “speed”, en las propiedades (edificios, departamentos, áreas comunes, o terrenos) de los programas de asistencia de vivienda? \_\_\_Si \_\_\_No
- ¿Tiene Usted, o alguien en su hogar, el requisito a registrarse por ser ofensor sexual bajo el Programa Estatal del Registro de Ofensores Sexuales? \_\_\_Si \_\_\_No
- Certifico ser cierta y completa toda la información proveída en esta solicitud a mi leal saber y entender.
- Entiendo que por no proveer información requerida se puede anular mi solicitud.
- Acuerdo en informar al CDA de cualquier cambio de domicilio, miembros del hogar, o ingresos, y reconozco el derecho del CDA a colocar mi posición en un rango nuevo en cualquier lista de espera basado en estos cambios.
- AVISO: Por Sección 1001 de Título 18 de los Códigos Penales de EE. UU. Se hace un delito hacer declaraciones o representaciones falsas a cualquier agencia o departamento del Gobierno de los Estados Unidos sobre cualquier asunto bajo su jurisdicción. Por la Ley de Wisconsin Acta 173 el defraudé de una autoridad de vivienda es un delito punible con una multa hasta \$10,000 y dos años de encarcelamiento.

**Todos los miembros del hogar de o mayores de 18 años, deben firmar la solicitud.**

Firma de Cabeza de Casa	Fecha	Firma de Cónyuge	Fecha
Firma de Otro Adulto	Fecha	Firma de Otro Adulto	Fecha

**Favor de anotar “sí” o “no” en las líneas de abajo para indicar en cuales ubicaciones del CDA Viviendas Publicas esta interesado:**

\_\_\_ West, Southwest (Oeste/Sudoeste) \_\_\_ East (Este) \_\_\_ Central –Triangle (Central – Triangulo)

**Favor de ver el folleto adjunto para las ubicaciones especificas.**

**Su nombre será colocado en la lista de espera en cuanto recibamos todos los documentos.  
La fecha de su solicitud es la fecha en la cual todos los documentos serán recibidos.**

¿Como se enteró de CDA? (Favor de circular todo lo que aplique)

- |                                |                                    |                              |                 |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| <u>Rotulo en el Camión</u>     | <u>Página del Internet del CDA</u> | <u>Amigo/Familiar</u>        | <u>Internet</u> |
| <u>Anuncio en el Periódico</u> |                                    | <u>Otra Agencia/Defensor</u> |                 |



## AUTORISACION PARA LA REVELACION DE INFORMACION

Yo, \_\_\_\_\_ de conformidad con la presente doy autorización a la Autoridad de  
(Imprimir Nombre)

Desarrolló Comunitario (CDA) a obtener información independiente sobre mi y mi familia para el propósito de determinar elegibilidad continua y para apropiar el nivel de beneficios de hogar. Específicamente, Yo autorizó la liberación de información de:

- Actuales y Previos Arrendadores
- Compañías de Servicios (Luz, Gas, Agua, etc.)
- Actuales y Previos Empleadores
- Agencias de Beneficios Federales, Estatales, Locales, o Tribales
- Bancos u otras Instituciones Financieras
- Agencias de Crédito
- El Centro Nacional de Información de Crímenes, Departamentos Policiacos, y otras agencias judiciales
- Tribunales
- Agencias de Asistencia Publica o Servicio Social
- Facilidades para el Tratamiento de Drogas y o Alcohol (limitado a la facilidad en la cual tiene causa razonable de creer que el residente esta actualmente usando narcóticas ilegales)
- Escuelas y Universidades
- Administración del Seguro Social EE UU
- Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos
- Proveedores de: Guardería Infantil  
Asistencia por Discapacidad  
Atención Médica
- Otro \_\_\_\_\_

Yo accedo que la CDA pueda usar fotocopias de esta autorización para acompañar las solicitudes de información. Yo comprendo que la CDA estará solicitando documentos para verificar mi elegibilidad continua y nivel de beneficios, incluyendo, fuentes de ingreso y bienes, ganancias, reclamos de desempleo, información acerca del reembolso de impuestos, identificación y composición del hogar, e historial de vivienda.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Yo soy  Cabeza de Casa  Cónyuge  Adulto en la familia  Adulto en la Vivienda

**CDA reconoce la responsabilidad al extenso proveído por ley de proteger información recibida para determinar la elegibilidad del solicitante para asistencia de vivienda.**

**Este formulario es valida por doce (12) meses de la fecha de la firma del solicitante.**



## AUTORISACION PARA LA REVELACION DE INFORMACION

Yo, \_\_\_\_\_ de conformidad con la presente doy autorización a la Autoridad de  
(Imprimir Nombre)

Desarrolló Comunitario (CDA) a obtener información independiente sobre mi y mi familia para el propósito de determinar elegibilidad continua y para apropiar el nivel de beneficios de hogar. Específicamente, Yo autorizó la liberación de información de:

- Actuales y Previos Arrendadores
- Compañías de Servicios (Luz, Gas, Agua, etc.)
- Actuales y Previos Empleadores
- Agencias de Beneficios Federales, Estatales, Locales, o Tribales
- Bancos u otras Instituciones Financieras
- Agencias de Crédito
- El Centro Nacional de Información de Crímenes, Departamentos Policiacos, y otras agencias judiciales
- Tribunales
- Agencias de Asistencia Publica o Servicio Social
- Facilidades para el Tratamiento de Drogas y o Alcohol (limitado a la facilidad en la cual tiene causa razonable de creer que el residente esta actualmente usando narcóticas ilegales)
- Escuelas y Universidades
- Administración del Seguro Social EE UU
- Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos
- Proveedores de: Guardería Infantil  
Asistencia por Discapacidad  
Atención Médica
- Otro \_\_\_\_\_

Yo accedo que la CDA pueda usar fotocopias de esta autorización para acompañar las solicitudes de información. Yo comprendo que la CDA estará solicitando documentos para verificar mi elegibilidad continua y nivel de beneficios, incluyendo, fuentes de ingreso y bienes, ganancias, reclamos de desempleo, información acerca del reembolso de impuestos, identificación y composición del hogar, e historial de vivienda.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Yo soy  Cabeza de Casa  Cónyuge  Adulto en la familia  Adulto en la Vivienda

**CDA reconoce la responsabilidad al extenso proveído por ley de proteger información recibida para determinar la elegibilidad del solicitante para asistencia de vivienda.**

**Este formulario es valida por doce (12) meses de la fecha de la firma del solicitante.**

# Autorización para divulgar información/ Aviso sobre la Ley de Confidencialidad

enviado al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los EE.UU.  
y a la Oficina/Autoridad de Vivienda (HA)

## Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.

Oficina de Vivienda Pública y para  
Comunidades Indígenas

Oficina de Vivienda Pública (PHA) que solicita la divulgación de información.  
**(Tache la casilla si no corresponde.)**  
(Escriba la dirección completa, el nombre del representante y la fecha.)

Oficina de Vivienda para Comunidades Indígenas (IHA) que  
solicita la divulgación de información. **(Tache la casilla si no  
corresponde.)** (Escriba la dirección completa, el nombre  
del representante y la fecha.)

**Autoridad:** La Sección 904 de la Ley Stewart B. McKinney de Enmiendas a la Asistencia para las Personas sin Hogar de 1988, en su forma enmendada por la Sección 903 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 y la Sección 3003 de la Ley General de Conciliación del Presupuesto de 1993. Esta ley se encuentra en la Sección 3544 del Título 42 del Código de los EE.UU.

Dicha ley exige que usted firme un formulario de consentimiento en virtud del cual autoriza (1) al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, en adelante HUD) y a la Oficina/Autoridad de Vivienda (Housing Agency/Authority, en adelante HA) para solicitar verificaciones de los sueldos y salarios devengados de empleadores actuales o anteriores; (2) al HUD y a la HA para solicitar información sobre reclamaciones de pago de salarios o indemnización por desempleo a la entidad estatal encargada de mantener dicha información; y (3) al HUD para solicitar cierta información sobre la declaración de renta a la Administración de Seguridad Social (Social Security) y al Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS). La ley exige además una verificación independiente de la información sobre ingresos. Por lo tanto, el HUD o la HA puede solicitar información a instituciones financieras para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

**Finalidad:** Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza al HUD y a la HA mencionada para solicitar información sobre sus ingresos a las fuentes citadas en el formulario. Ambos organismos necesitan esa información para verificar su ingreso familiar con el fin de cerciorarse de que usted reúne las condiciones para recibir beneficios de asistencia para conseguir vivienda y que esos beneficios se fijen en el monto correcto. Tanto el HUD como la HA pueden participar en programas electrónicos de concordancia con estas fuentes para verificar su idoneidad y el monto de los beneficios.

**Formas de empleo de la información obtenida:** Se exige que el HUD proteja la información obtenida sobre ingresos, de conformidad con la Ley de Confidencialidad de 1974, Sección 552a del Título 5 del Código de los EE.UU. El HUD puede divulgar información (distinta de la correspondiente a declaraciones de renta) para ciertas clases de uso ordinario, por ejemplo, a otros organismos gubernamentales con fines de aplicación de la ley, a organismos del gobierno federal con fines de determinación de la idoneidad para el empleo, y a las HA con el objeto de determinar el monto de la asistencia para conseguir vivienda. También se exige que la HA proteja la información sobre ingresos que obtenga, de conformidad con cualquier ley estatal de confidencialidad aplicable al caso. Los empleados del HUD y de la HA pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso impropio de la información sobre ingresos obtenida con el formulario de consentimiento. **Los propietarios particulares no pueden solicitar ni recibir información autorizada por este formulario.**

**Quién debe firmar el formulario de consentimiento:** Cada familiar residente en la propiedad mayor de 18 años debe firmar el formulario de consentimiento. Es preciso obtener la firma de nuevos adultos que ingresen a la residencia o de quienes cumplan 18 años.

Se exige que los solicitantes o receptores de asistencia con arreglo a los siguientes programas firmen este formulario de consentimiento:

Vivienda pública de alquiler de propiedad de una PHA.

Oportunidades de adquisición de vivienda propia para entrega llave en mano de tipo III (alquiler con opción de compra).

Oportunidad de adquisición de vivienda propia con un sistema de ayuda mutua.

Vivienda alquilada según las disposiciones de las Secciones 23 y 19(c).

Pagos de asistencia para vivienda según las disposiciones de la Sección 23.

Vivienda de propiedad de una HA para alquiler a comunidades indígenas. Certificado de alquiler según las disposiciones de la Sección 8 de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937.

Cupón de alquiler según las disposiciones de la Sección 8.

Rehabilitación moderada según las disposiciones de la Sección 8.

**Omisión de la firma del formulario de consentimiento:** Si usted no firma el formulario de consentimiento se le puede revocar su idoneidad o se le pueden suspender los beneficios de vivienda, o ambas cosas. La revocación de la idoneidad o la suspensión de los beneficios está sujeta al procedimiento de presentación de quejas de la HA y de audiencia informal indicados en la Sección 8.

### Fuentes de acopio de información:

Entidades estatales de acopio de información sobre salarios. (Este consentimiento se limita a la indemnización por concepto de salario y desempleo que se me ha pagado periódicamente en los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.) Administración de Seguridad Social de los EE.UU. (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita a la información sobre salario y empleo independiente y sobre el pago de ingreso de jubilación, citados en la Sección 6103(l)(7)(A) del Código del Servicio de Rentas Internas de los EE.UU.)

Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. (IRS) (solamente el HUD). (Este consentimiento se limita al ingreso no laboral [por ejemplo, intereses y dividendos].)

También se puede obtener información directamente de: (a) los empleadores actuales y anteriores, sobre sueldos y salarios y (b) las instituciones financieras, sobre ingresos no laborales (por ejemplo, intereses y dividendos). Tengo entendido que la información sobre ingresos obtenida de estas fuentes se empleará para verificar la información proporcionada por mí, con el fin de determinar mi idoneidad para participar en los programas de asistencia para conseguir vivienda y el monto de los beneficios. Por lo tanto, este formulario de consentimiento solamente autoriza la divulgación de información directamente de los empleadores y las instituciones financieras por cualquier período de los últimos 5 años cuando he recibido beneficios de asistencia para conseguir vivienda.

---

**Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que el HUD o la HA soliciten y obtengan información sobre mis ingresos de las fuentes citadas en este formulario con el fin de verificar mi idoneidad y el monto de los beneficios de conformidad con los programas de asistencia para vivienda del HUD. Tengo entendido que las HA que reciban información sobre mis ingresos por medio del presente formulario de consentimiento no pueden emplearla para denegar, reducir o suspender la asistencia sin efectuar primero una verificación independiente del monto correspondiente, si realmente tuve acceso a los fondos y cuándo se recibieron. Además, se me debe dar la oportunidad de refutar esas determinaciones.**

Este formulario de consentimiento se vence 15 meses después de firmarlo.

Firmas:

_____	_____		
Jefe de familia	Fecha		
_____	_____	_____	_____
No. del seguro social (si existe) del jefe de familia		Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Cónyuge	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otro familiar mayor de 18 años	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha
_____	_____	_____	_____
Otro familiar mayor de 18 años	Fecha	Otro familiar mayor de 18 años	Fecha

---

**Aviso sobre la Ley de Confidencialidad.** Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado para acopiar esta información en virtud de la Ley de Vivienda de los EE.UU. de 1937 (Sección 1437 *et seq.* del Título 42 del Código de los EE.UU.), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Sección 2000d del Título 42 del Código de los EE.UU.) y la Ley de Vivienda Justa (Sección 3601-19 del Título 42 del Código de los EE.UU.). La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (Sección 3543 del Título 42 del Código de los EE.UU.) exige que los solicitantes y participantes presenten el número de seguro social de cada familiar mayor de seis años de edad. Finalidad: El HUD usa la información sobre sus ingresos y otra información acopiada para determinar su idoneidad, el tamaño apropiado de las habitaciones y el monto que pagará su familia por alquiler y servicios públicos. Otros usos: el HUD usa la información sobre su ingreso familiar y otra información acopiada para ayudar a administrar y supervisar los programas de vivienda realizados con asistencia de ese organismo, proteger el interés financiero del Gobierno o verificar la exactitud de la información proporcionada. Esta información puede divulgarse a entidades federales, estatales y locales idóneas, cuando proceda, y a investigadores y fiscales encargados de tramitar casos civiles y penales y asuntos normativos. De lo contrario, la información no se revelará ni divulgará fuera del HUD, excepto en los casos permitidos o exigidos por la ley. Sanción: Usted debe proporcionar toda la información solicitada por la HA, incluso el número de seguro social que tengan o usen usted y todos los demás familiares mayores de seis años de edad. Es obligatorio dar el número de seguro social de todos los familiares mayores de seis años de edad; su omisión afectará su idoneidad. La omisión de cualquier parte de la información solicitada puede hacer que se demore o deniegue la aprobación de su solicitud por razones de idoneidad.

---

**Sanciones por el uso indebido del presente formulario de consentimiento:**

El HUD, la HA y cualquier propietario (o empleado del HUD, la HA o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o por uso indebido de la información acopiada con el presente formulario de consentimiento.

El uso de la información acopiada con el formulario HUD-9886 se limita a los fines citados en el mismo. Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, solicite, obtenga o revele información de manera fraudulenta sobre un solicitante o participante puede estar sujeta a acusación por delito menor y a imposición de una multa máxima de \$5.000.

Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede iniciar una acción civil por daños y perjuicios contra el oficial o funcionario del HUD, la HA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o del uso indebido, o buscar otra indemnización por parte de ellos, según proceda.

***Este documento es traducción de un documento jurídico expedido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), el cual proporciona esta traducción solamente a modo de conveniencia para que le ayude a usted a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés es el documento oficial, legal y que rige. Esta traducción no constituye un documento oficial.***



**DECLARACION DE CIUDADANIA  
 O  
 ESTATUS MIGRATORIO**

**Yo comprendo que la CDA obtendrá información del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para el propósito de verificar el estatus migratorio de personas no ciudadanos que tengan el estatus de emigración elegible solamente bajo el programa de asistencia de vivienda de HUD.**

**Marque una caja por solicitante que es adulto**

(Escriba nombre del solicitante <b>adulto</b> en las líneas de abajo Favor de imprimir)  Yo certifico, bajo pena de perjurio, que Yo,	Soy ciudadano de los Estados Unidos *	No soy ciudadano pero tengo estatus migratorio elegible*	No soy ciudadano y no tengo estatus migratorio elegible *	Firma del adulto solicitante/fecha
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Yo, \_\_\_\_\_, también eh usado los nombres: \_\_\_\_\_

**Marque una caja para cada menor**

(Escriba el nombre del <b>menor</b> en la línea de abajo. Favor de imprimir.)  Yo certifico, bajo pena de perjurio, que Yo	Es ciudadano de los Estados Unidos *	No es ciudadano pero tiene estatus migratorio elegible*	No es ciudadano y no tiene estatus migratorio elegible	Firma del Guardián/fecha
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**\*Ver el reverso para determinar que comprobante debe ser sometida junto con este formulario.**

**Si usted necesita un intérprete, materiales en diferentes formatos, u otras acomodaciones, para completar estos formularios, favor de contactar CDA Operaciones de Vivienda al 608-266-4868.**

**SOMETER LOS ARTICULOS ADECUADOS MENCIONADOS ABAJO JUNTO CON ESTA CERTIFICACION FIRMADA Y FECHADA:**

1. **Ciudadanos de los Estados Unidos**: Someter solo la Declaración de Ciudadanía firmada.
2. **No ciudadanos, de 62 años de edad o mayores**, y que reciben asistencia desde el 19 de junio del 1995, someter:
  - Declaración de estatus migratorio elegible firmada; y
  - Prueba de documentación de edad.
3. **No ciudadano elegible** someter:
  - Declaración de estatus migratorio elegible firmada; y
  - Uno de los siguientes documentos del INS:
    - (i) **Formulario I-551** Tarjeta de Registro de Extranjero
    - (ii) **Formulario I-94** Acta de Llegadas y Partidas anotada junto con uno de los siguientes:
      - Admitido como refugiado bajo Sección 207
      - Sección 208 o Asilo
      - Sección 243 (h) o Deportación aplazada por el Procurador General
      - Liberado bajo Sección 212 (d)(5) de las Actas de Inmigración y Naturalización
    - (iii) **Formulario I-94** Acta de Llegadas y Partidas no anotada, tiene que ser acompañada con uno de los siguientes:
      - Una final decisión judicial de asilo.
      - Una carta del oficial del asilo del INS, o del director del distrito de INS otorgándole asilo.
      - Una decisión judicial otorgándole aplazamiento o deportación
      - Una carta del oficial del asilo del INS otorgándole aplazamiento o deportación
    - (iv) **Formulario I-688** Tarjeta de Residencia Temporal anotada junto con Sección 245A o Sección 210
    - (v) **Formulario I-688B** Tarjeta de Autorización de Empleo anotada junto con Provisiones de Ley 274a.12(11) o Provisiones de Ley 274a.12
4. **No ciudadano y no elegible** someter:
  - **Declaración firmada** indicado que usted es una persona sin ciudadanía de los Estados Unidos y sin estatus migratorio elegible.