

**AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LOUISVILLE METRO
TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN ENVIARSE POR CORREO A:
LOUISVILLE METRO HOUSING AUTHORITY
P.O. BOX 189
LOUISVILLE, KY 40201-0189**

NOTA: ES MUY IMPORTANTE QUE GUARDE ESTA HOJA DE INFORMACIÓN PARA REFERENCIA FUTURA

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD ASISTENCIA DE ALQUILER DE SECCIÓN 8 SOLAMENTE

1. Esta solicitud es para asistencia con el alquiler solamente.
2. **Complete en su totalidad la solicitud adjunta.** Una solicitud incompleta nos se procesará.
3. Todas las solicitudes deben **ENVIARSE POR CORREO SOLAMENTE A:**

**LOUISVILLE METRO HOUSING AUTHORITY
P.O. BOX 189, LOUISVILLE, KY 40201-0189**

PROGRAMA DE SECCIÓN 8: El programa de Asistencia con el Alquiler de Sección 8 es uno de los programas del gobierno federal para asistir a las familias elegibles de bajos ingresos para asegurar una vivienda sanitaria, segura y decente. La Autoridad de Vivienda administra este programa en el área de Louisville Metro proporcionando cupones a las familias elegibles que les permite buscar vivienda adecuada en el sector privado, celebrar contratos con propietarios, y participar en los pagos del alquiler de las familias. La Cabeza de la Familia debe tener por lo menos **18 años de edad o estar legalmente emancipado** a fin de poder participar en el programa.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MODERADA : Este programa es por unidades específicas de propiedad de dueños privados en el Programa de Rehabilitación Moderada ubicada en el Condado de Jefferson. Bajo el Programa de Rehabilitación Moderada, usted debe estar dispuesto a vivir en uno de los apartamentos de Rehabilitación Moderada en lugar de elegir su propia unidad, como lo haría bajo el Programa de Cupones de Sección 8. La Cabeza de la Familia debe tener por lo menos **18 años de edad o estar legalmente emancipado** a fin de poder participar en el programa.

PROGRAMA DE VIVIENDA PÚBLICA: Si usted está interesado en el Programa de Vivienda Pública, llame al 502-569-3400.

ELEGIBILIDAD

1. La Cabeza de la Familia debe tener por lo menos 18 años de edad o estar legalmente emancipado.
2. El ingreso familiar no puede exceder:

**NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA/LÍMITES DE INGRESO ANUAL BRUTO MÁXIMO
EFECTIVO A MARCHA 2015**

1	2	3	4	5	6	7	8
22,450	25,650	28,850	32,050	34,650	37,200	39,750	42,350

El ingreso del trabajo de los miembros de la familia menores de 18 años (que no sea su cónyuge) y los ingresos por el cuidado de los hijos de crianza no se incluyen como parte de **ingreso total de la familia.**

FUENTES DE INGRESOS

Usted debe listar todas las fuentes de ingresos recibidos en dinero o no, a qué van, o en nombre de quién, la cabeza del grupo familiar o el cónyuge (aún si está temporalmente ausente) o cualquier otro miembro del grupo familiar listado en su formulario de solicitud. Algunos ejemplos de ingresos son los salarios, y otra compensación por servicios personales (tales como las comisiones o las bonificaciones), el pago por el cuidado de niños u otros servicios, que usted o cualquier miembro del grupo familiar mayor de 18 reciben regularmente. Otros ejemplos que deben listarse son los cheques o dinero para cualquier miembro del grupo familiar, sin tener en cuenta la edad: TANF, Seguro Social, SSI, Pensiones, Compensación por Discapacidad, Compensación por Desempleo, Interés, Pensión Alimenticia, Manutención del Menor, Anualidades, Dividendos, Ingresos por Alquiler de Propiedades, Fuerzas Armadas y Reservas. **TAMBIÉN DEBE LISTAR TODOS LOS BIENES DE TODA LA FAMILIA.**

Si la cabeza del grupo familiar está inscripto en una institución de educación superior y si todo esto es verdad, (1) menor de 24 años de edad; (2) no es un veterano; (3) no está casado; (4) no tiene dependientes; (5) no de otra manera individualmente elegible; (6) tiene padres que individual o conjuntamente no son elegibles para recibir asistencia, usted no puede ser elegible para asistencia.

POLÍTICA SOBRE LAS CONDENAS POR DELITOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS O VIOLENTOS

Si usted o un miembro de su familia de 18 años o mayor han sido acusado de un delito relacionado con las drogas o un delito violento, su familia puede ser inelegible para la asistencia con la renta. Si cualquier miembro del grupo familiar está sujeto a un requisito de registración bajo un programa estatal de registración de delincuente sexual o condenado por actividad criminal relacionada con las drogas por la producción de metanfetamina en el lugar de la vivienda asistida federalmente; a usted se le negará la admisión. Puede obtener la política completa por parte de la Autoridad.

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA EL TAMAÑO DE LOS DORMITORIOS

1. A la cabeza de la familia se le asigna su propio dormitorio, el que podrá compartirse solamente con un adulto cohabitante.
2. No más dos personas pueden compartir un dormitorio
3. Los niños del mismo sexo compartirán un dormitorio
4. Los niños del sexo opuesto, menores de cuatro años de edad, compartirán un dormitorio.
5. Las personas de diferentes generaciones (que se define por 18 años o más de diferencia de edad) no se requiere que compartan un dormitorio. Sin embargo, los hermanos no se consideran de diferentes generaciones sin importar su diferencia de edad.

El tamaño de la unidad familiar se determinará por la Autoridad de Vivienda de Louisville Metro de acuerdo con las pautas arriba mencionadas.

PRIORIDAD DE SERVICIO

La lista de espera se compone de cuatro (4) categorías, (1) familias con preferencias locales, (2) familias sin preferencias locales, (3) personas solteras con preferencias locales, y (4) personas solteras sin preferencias locales. Se comunicará a todas las familias antes que a los solteros elegibles.

PREFERENCIAS

PREFERENCIAS LOCALES

Como se declaró bajo **Prioridad de Servicio**, las familias cuya situación de vivienda cumple con la definición de por lo menos una de las seis categorías de preferencia listadas a continuación serán elegibles para recibir asistencia con el alquiler antes que las familias que no califican para Preferencia Local. Las seis categorías de preferencia son:

1. **DESPLAZAMIENTO INVOLUNTARIO POR VIOLENCIA FÍSICA**
2. **DESPLAZAMIENTO INVOLUNTARIO – ACCIÓN DEL GOBIERNO**
3. **INFRAVIVIENDA**
4. **FAMILIAS QUE PAGAN MÁS DEL 50% DE LOS INGRESOS (ANTES DE LOS IMPUESTOS) POR ALQUILER Y SERVICIOS PÚBLICOS**
5. **SIN HOGAR**
6. **PARTICIPANTE PREVIO EN EL PROGRAMA DE VIVIENDA DE SECCIÓN 8**

PARTICIPACIÓN PASADA

Si usted o un miembro adulto de su grupo familiar listado en su solicitud tiene una deuda pendiente con cualquier Agencia de Vivienda Pública, su solicitud de asistencia se negará. Esta información se obtiene del depósito nacional de familias que tienen deudas del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés).

QUÉ DEBE HACER DESPUÉS DE ENVIAR POR CORREO UNA SOLICITUD

Debe hacernos saber si hay algún cambio de domicilio, de composición familiar y de información para darle preferencia.

TODAS las notificaciones de cambios deben presentarse **POR ESCRITO** a la Autoridad de Vivienda a la siguiente dirección:

**Attention Waiting List
Louisville Metro Housing Authority
P O Box 189
Louisville, Kentucky 40201-0189**

Toda la correspondencia, que se devuelva a la Autoridad de Vivienda porque no pudo entregarse debido a que el solicitante no cumplió con presentar un **CAMBIO DE DIRECCIÓN POR ESCRITO** a la Autoridad de la Vivienda, resultará en la **eliminación** de la solicitud de vivienda.

PARA MÁS INFORMACIÓN, llame al (502) 584-1704. ESTE NÚMERO ES UNA LÍNEA DE INFORMACIÓN POR COMPUTADORA. NECESITA LLAMAR DESDE UN TELÉFONO DE TONOS. ESTÁ DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, 7 DÍAS A LA SEMANA, O PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE, LLAME AL **(502) 569-6076** ENTRE LA 1:00 p.m. – 4:00 p.m. DE LUNES A JUEVES.

NOTA: ES MUY IMPORTANTE QUE USTED GUARDE ESTA HOJA DE INFORMACIÓN PARA REFERENCIA FUTURA.

ESTA SOLICITUD DEBE ENVIARSE POR CORREO A LA

LOUISVILLE METRO HOUSING AUTHORITY, P.O. BOX 189, LOUISVILLE, KY 40201-0189

COMPLETE EN SU TOTALIDAD O LA ACTUALIZACIÓN NO SE PROCESARÁ *****POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRETA*****

LOUISVILLE METRO HOUSING AUTHORITY SECTION 8 & MOD REHAB PROGRAMS FOR 801 VINE STREET OFFICE

*****LAS SOLICITUDES SE ACEPTARÁN SOLAMENTE POR CORREO A LA DIRECCIÓN LISTADA ARRIBA*****

NO COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES PUEDE DEMORAR QUE ESTE FORMULARIO SE PROCESA

I. INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del medio)

DIRECCIÓN: _____
(Calle) (Nº Apt.) (Ciudad)

(Estado) (Código postal) (Teléfono de la casa) (Teléfono del trabajo)
DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta de la de arriba) _____ Código postal _____

USADO PARA FINES ESTADÍSTICOS ÚNICAMENTE (INDIQUE UNA SOLAMENTE)

RAZA : Blanca Negra Indio Americano/Nativo de Alaska Isleño del Pacífico

ORIGEN ÉTNICO (INDIQUE UNO): Hispano No hispano

UNA VEZ APROBADO PARA VIVIENDA ASISTIDA LISTE TODAS LAS PERSONAS INCLUYENDO USTED MISMO QUE VIVIRÁN CON USTED EN SU UNIDAD ASISTIDA

***** Por lo menos un miembro del grupo familiar listado a continuación debe tener condición de residente legal para que la familia sea elegible para la asistencia para la vivienda*****

(Nombre legal completo)	(Relación)	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Nº Seguro Social
	CABEZA	/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

(Liste los miembros adicionales en una hoja por separado. Asegúrese de listar el nombre completo, la relación, fecha de nacimiento, el sexo y Nº de Seguro Social Si la Cabeza del Grupo Familiar listado arriba es **menor** de 18 años de edad, ¿usted legalmente emancipado) _____

Si usted es una familia de una sola persona, indique aquí si usted es elegible porque está embarazada _____

¿Algún miembro listado arriba es minusválido física o mentalmente? _____

¿Por cuánto tiempo va continuar la minusvalía? _____

¿Algún miembro de su familia requiere el uso de una silla de ruedas? _____

Por favor liste el nombre de la persona con la minusvalía _____

¿La/s persona/s puede usar todas las áreas de su hogar actual y puede/n salir de la unidad con facilidad? _____

¿Está usted inscripto en una institución de enseñanza superior? _____ ¿Es usted un veterano? _____

II. FUENTES DE INGRESOS: Liste todos los cheques y dinero que usted y todas las personas que vivirán con usted en la vivienda asistida reciben **AHORA**. Vea la **HOJA DE INFORMACIÓN** con la lista de **EJEMPLOS** de ingresos que necesitan incluirse. (Liste fuentes adicionales en una hoja por separado)

MIEMBRO(S) DEL GRUPO FAMILIAR	FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD POR MES
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

¿Está usted empleado en la actualidad? Sí No

¿Ha tenido empleo continuo por los últimos 12 meses Sí No

¿Usted paga manutención del menor por un menor en su grupo familiar que es menor de 13? Sí No

Si afirmativo, cantidad por mes \$ _____

NO ESCRIBA EN ESTA CASILLA

Anual \$ _____

Anual \$ _____

Anual \$ _____

Total \$ _____

Deducción por manutención _____

Resultado contable ajustado \$ _____

(CONTINÚA DEL OTRO LADO)

BIENES: (CONTESTE SÍ O NO, SI AFIRMATIVO, LISTE EL SALDO DE LA CUENTA)

De cheques _____ Saldo de la Cuenta \$ _____ De ahorro _____ Saldo de la Cuenta \$ _____
Certificados de Depósitos _____ Saldo de la Cuenta \$ _____ Unión de Crédito _____ Saldo de la Cuenta \$ _____
Acciones y Bonos _____ Valor \$ _____ Jubilación/Pensión/Programa IRA _____ Valor \$ _____
Seguro de Vida (Valor en efectivo) \$ _____ Liste todos los bienes inmuebles de los que es dueño (no incluye lotes en el cementerio):
Valor actual de los bienes inmuebles: \$ _____ Suma que aún adeuda: \$ _____ ¿Esta es su casa? _____
Liste todos los otros bienes (pagos únicos hechos a usted en los últimos 3 meses) que son de valor. (NO incluya la propiedad personal tal como joyas o automóviles
excepto si son una inversión) _____
¿En los últimos dos años ha eliminado (vendido o regalado) bienes por menos de su valor actual? _____ Si afirmativo, ¿qué era? _____
¿cuál era su valor? \$ _____ ¿A quién se lo regaló o vendió? _____
Relación: _____
¿Hubo una sanción pecuniaria en vender o regalar este bien? Explique: _____

III. PARTICIPACIÓN PASADA ¿Alguna vez solicitó o participó en el Programa Sección 8 de Asistencia con el Alquiler o en la Vivienda Pública? _____ Si afirmativo,
¿cuándo y dónde? _____
¿Tiene alguna deuda pendiente con la Autoridad de Vivienda? _____ Si afirmativo, la cantidad si se conoce \$ _____
¿Usted o un miembro de la familia ha sido condenado por producción de metanfetamina en el sitio de vivienda asistida federalmente? _____. Fecha de la
condena: _____
¿Usted o un miembro de la familia ha sido desalojado de una vivienda asistida federalmente en los últimos cinco años debido a actividades delictivas
relacionadas con las drogas? _____ Si afirmativo, fecha del desalojo _____

*****MUY IMPORTANTE POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO. NO CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS PUEDE DEMORAR SU ELEGIBILIDAD PARA UNA PREFERENCIA LOCAL. RECUERDE FIRMAR AL PIE DE ESTA PÁGINA*****

IV. PREFERENCIAS LOCALES (COMPLETE EN SU TOTALIDAD LAS PREGUNTAS 1 A LA 10)

1. ¿Cuánto paga de alquiler cada mes? \$ _____
2. Usted paga la factura por:
LG&E: Sí _____ No _____. Costo promedio por mes \$ _____
Si no es LG&E, usted paga por:
Gas, Sí _____ No _____, Costo promedio por mes \$ _____ Electricidad, Sí _____ No _____, Costo promedio por mes \$ _____
Usted paga la factura por:
Combustible de calefacción: Sí _____ No _____. Costo promedio por mes \$ _____ Agua/Cloacas: Sí _____ No _____. Costo promedio por mes \$ _____
Gas envasado: Sí _____ No _____. Costo promedio por mes \$ _____ Recolección de basura: Sí _____ No _____. Costo promedio por mes \$ _____
3. ¿Usted vive en vivienda pública o reside en una unidad que recibe subsidio por el alquiler/asistencia? Sí _____ No _____. Si afirmativo, por favor
explique: _____
4. ¿Alguien que no es miembro de su grupo familiar o una agencia del gobierno o privada, Caridad u organización religiosa **regularmente** le ayuda a
pagar sus facturas o servicios públicos _____ si afirmativo, díganos de quién y cuánto: _____ \$ _____
5. ¿Una agencia del gobierno le ha enviado un aviso por escrito para que se mude de su hogar dentro de los últimos seis meses? _____ Sí _____ No. Si
afirmativo, ¿le dijeron que tenía que mudarse porque su hogar estaba condenado o declarado inseguro? _____
(GUARDE UNA COPIA DEL AVISO DADO QUE DEBERÁ TRAERLA CON USTED SI SE LE PROGRAMA PARA UNA CITA)
6. a. ¿Alguien en su hogar ha abusado físicamente a usted u otros miembros de la familia, o ha amenazado con hacerlo? _____
b. ¿Alguien en su hogar ha sido víctima de un crimen de odio en su vecindario dentro de los últimos seis meses? _____
7. El hogar donde usted vive ahora tiene: (Indique Sí o No)
¿Agua corriente fría y caliente? Sí _____ No _____
¿Un inodoro utilizable dentro de su hogar para el uso exclusivo de su familia? Sí _____ No _____
¿Una bañera o ducha utilizable dentro de su hogar? Sí _____ No _____
¿Una cocina? Sí _____ No _____ ¿Electricidad? Sí _____ No _____ ¿Calefacción adecuada? Sí _____ No _____
¿Algún servicio eléctrico inseguro? Sí _____ No _____
¿Alguna otra condición insegura? _____ Sí _____ No. Explique: _____
8. ¿Usted vive en un refugio para familias sin hogar o individuos o en vivienda transitoria? _____. Si afirmativo, nombre el refugio/ vivienda
transitoria: _____
9. Indique aquí si usted **no** tiene un lugar donde puede quedarse cada noche? _____
10. ¿Algún miembro de su familia tiene problemas de movilidad u otro impedimento que les impide usar elementos críticos de la unidad? _____
11. ¿Es usted un participante previo de la Vivienda de Sección 8? _____
¿USTED REQUIERE UN ALOJAMIENTO RAZONABLE a fin de aprovechar al máximo el programa de vivienda de la Autoridad de Vivienda de Louisville Metro
y los servicios relacionados? Sí _____ No _____. Tipo de alojamiento que necesita: _____

ADVERTENCIA: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos convierte en delito penal hacer declaraciones falsas intencionales a cualquier
Departamento o Agencia de los Estados Unidos en cuanto a cualquier asunto de su competencia. Si la información se informó por error o se omitió de este
formulario, se determinará que la familia es inelegible al momento de la solicitud.

TODA LA INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD ES VERDADERA Y COMPLETA SEGÚN MI MEJOR SABER Y ENTENDER:

FIRMA: _____ FECHA: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

ELEGIBLE PARA PREFERENCIA LOCAL, SÍ _____ NO _____
AL QUILER _____ DESPLAZADO INVOLUNTARIAMENTE _____ VIOLENCIA FÍSICA _____ INFERIOR _____ SIN HOGAR _____ DESPLAZADO
INVOLUNTARIAMENTE _____ ACCIÓN DEL GOBIERNO _____ PARTICIPANTE PREVIO DE VIVIENDA DE SECCIÓN 8 _____