



## Tenant-Based Rental Assistance Application Checklist

### Formularios de solicitud: – Todas las secciones deben completarse en su totalidad

- Solicitud de admisión del programa HOME
- Suplemento de la solicitud de admisión
- Formulario de autorización y liberación
- Verificación de discapacidad (si corresponde)
- Certificación de Cero Ingresos – para cualquier miembro del hogar mayor de 18 años que no tengo NINGUNA Fuente de ingresos
- Formulario de certificación de activos de menos de \$5,000

#### Documentos de Apoyo Requeridos:

- Targetas del seguro social para TODOS los miembros del hogar**
- Prueba de ciudadanía para TODOS los miembros del hogar. SIN EXCEPCIONES!**

Uno de estos verificará la prueba de ciudadanía y la identificación de cualquier miembro de la familia –

- Pasaporte Válido, Tarjeta de inscripción tribal Indígena estadounidense native de Alaska con foto, Certificado de Naturalización, Certificado de Ciudadanía Estadounidense.

Si no tiene uno de los anteriores, los miembros de la familia deben proporcionar:

- **Identificación válida con foto:** licencia de conducir, tarjeta de militar, o Identificación emitida por el estado

#### **Y UNA de las siguientes:**

- Certificado de nacimiento, Certificado de grado de sangre Indígena emitido por la tribu, Tarjeta de ciudadano estadounidense, Tarjeta de Identificación estadounidense, Decreto de adopción final que muestre EU como lugar de nacimiento, Tarjeta de identificación votante de Texas, Tarjeta de Residente Permanente, Tarjeta de no inmigrante, Tarjeta de refugiado/asilado.

Para confirmar la identidad de **NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS:** Identificación de los padres/tutores que coincide con el certificado de nacimiento del niño, o un registro de la clínica, médico, hospital, o registro de escuela

**Prueba de TODOS los Ingresos de los ÚLTIMOS 90 Días para TODOS los miembros de la familia.** Carta de Ingresos deben tener la fecha de 2019. Ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen, entre otros:

- Seguro Social/SSI Carta de Beneficios , Carta de Beneficios por Incapacidad, Carta de Beneficios de VA, Carta de Pensión, Talones de Cheque de Empleo, Declaraciones de Beneficios de Desempleo, Carta de TANF

**Hogares con menores: Respeto a Manutención de Hijos**

- Si el hogar tiene una orden judicial de manutención de los hijos, se debe proporcionar un **FINANCIAL ACTIVITY REPORT** por 12 meses de la Oficina Fiscal General. Sin importar si los pagos se están recibiendo o no.
- Si el hogar **NO TIENE** una pension judicial ordenada por la corte o recibe pagos voluntarios de manutención de hijos, complete el formulario de declaración de manutención de hijos en presencia de un notario público de acuerdo a su situación familiar.

**6 Meses de Estados de cuenta de cheques para todas las cuentas Incluyendo:**

- Cuentas bancarias tradicionales
- CUALQUIER Tarjeta débito prepagada del empleador, OAG, SSI, Desempleo, etc.

**Mes anterior de todas las cuentas de ahorro**

- Si no tiene una cuenta de ahorro, Firme el Formulario de No Cuenta en presencia de un notario Público

**Inversiones (acciones, bonos, CDs, cuentas de retiro)**

**A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR**
**Nombre del Administrador:** Community Council of South Central Texas

**Calle:** 801 N State Hwy 123 Bypass

**Ciudad/Estado/Código postal:** Seguin TX 78155      **Condado:**
**B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE**
**Nombre(s) del solicitante:**
**Calle:**
**Ciudad/Estado/Código postal:**      **Condado:**
**Correo electrónico:**      **Teléfono particular:** (   ) -  
**Teléfono móvil:** (   ) -

**C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR  
(Incluir a todos los miembros del grupo familiar)**

Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)	Parentesco con la Cabeza de familia	Fecha de Nacimiento	Género	Estado del estudiante FT = Tiempo completo PT = Tiempo parcial N/C=No corresponde	¿Recibe Ingresos?
1.	Cabeza de familia		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
8.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
9.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

**D. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (continuación)**

1. ¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?  
 No  Sí, ¿quién?
2. ¿Algún miembro del grupo familiar mencionado anteriormente es un niño en cuidado sustituto?  
 No  Sí, ¿quién?
3. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en la casa como acompañante?  
 No  Sí, ¿quién?
4. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal?  
 No  Sí, ¿quién?
- En caso afirmativo, indicar el motivo de la ausencia temporal:
5. ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses?  
 No  Sí, explique :

**E. ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA RECIBIDA ANTERIORMENTE**

(Enumerar cualquier otra asistencia para la vivienda provista a miembro del grupo familiar o recibida por él)

Fuente	Cantidad	Fecha de recepción	Razón
1.FEMA: Agencia de Administración de Emergencias Federal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
2.SBA: Small Business Administration (Administración de pequeñas empresas) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
3.Sección 8: Desarrollo urbano y de viviendas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
4.TBRA: Programa de asistencia para el Inquilino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
5.Seguro de propietario de vivienda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
6.Otro (describir): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		

**F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES**

1. ¿Alguien del grupo familiar presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado de TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario?  
 No  Sí
- Si la respuesta es afirmativa, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.  
 ¿Desempeña actualmente esa función?  No  Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:
2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario (tanto por lazos familiares como comerciales)?  No  Sí
- Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.  
 ¿Desempeña actualmente esa función?  No  Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

**G. INFORMACIÓN SOBRE LA ENAJENACIÓN DE ACTIVOS**

1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? ( si perdió el hogar debido a ejecución hipotecaria, bancarota o divorcio, responda que no ):  No  Sí, ¿quién?
- Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):
2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de un hogar durante los últimos dos años?  No  Sí, ¿quién?
- ¿Es actualmente propietario?  No En caso negativo: ¿Cuándo se enajenó?  
 Sí En caso afirmativo: ¿Está alquilado?  No  Sí  
 ¿Está vacío?  No  Sí  
 ¿Está en proceso de venta?  No  Sí

**H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**

(Mencionar TODOS los ingresos de los miembros del grupo familiar, con excepción de los ingresos obtenidos del empleo de personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquier fuente esperados durante los próximos 12 meses	Cabeza de familia	cónyuge o Corresponsable	otros miembros adultos	Dependientes	Total
1. Salario N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
2. Salario N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
3. Pago de horas extras <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
4. Comisiones /Honorarios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
5. Propinas y bonos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
6. Ingreso temporal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
7. Ingreso de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
8. Interés / Dividendos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
9. Ingresos netos comerciales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
10. Ingreso neto de alquiler <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
11. Seguro Social <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
12. Seguro adicional Ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
13. Pensión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
14. Ingresos de retiro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
15. Asistencia familiar u obsequios recurrentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
16. Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
17. Indemnización por accidentes laborales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
18. Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
19. Manutención del niño <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Marcar el tipo: Asignado por el tribunal Voluntario Anticipado	\$	\$	\$	\$	\$
20. AFDC/TANF <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
21. Otro ingreso Describa: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
				Ingreso total anual:	\$

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEO ACTUAL**

1. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:			Ciudad:		Estado: Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro			Horas trabajadas por semana
					Fax: ( ) -

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL (continuación)				
2. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado: Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax: ( ) -
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado: Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax: ( ) -
4. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado: Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax: ( ) -

### J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (\*), indique el importe que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), descontando las penalizaciones por retiro anticipado, importes usados para cancelar un saldo y los aranceles que puedan aplicarse a la conversión).

Identifique todas las fuentes de activos	Efectivo Valor	Ingreso de activo (Interés / Dividendos)	Nombre de la institución financiera	Número de cuenta:
1. Cuenta corriente N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
2. Cuenta corriente N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
3. Cuenta de ahorros N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
4. Cuenta de ahorros N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
5. Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
6. Acciones, bonos, fondos mutuos* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
7. Inmuebles/hogar* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
8. Bienes raíces / Tierra* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
9. Cuenta(s) IRA/Keogh* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
10. Fondo(s) de pensión / jubilación* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
11. Fondo(s) fiduciario(s) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
12. Pagaré hipotecario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
13. Seguro de vida entera* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
14. Bienes personales mantenidos como Inversión (gemas, monedas, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
15. Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
16. Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		

**K. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOBRE NECESIDADES ESPECIALES:** El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) solicita esta información para cumplir con los requisitos de informe solicitados por el HUD. Aunque el TDHCA apreciaría recibir esta información, usted puede elegir no presentarla. No será discriminado debido a esta información, ni tampoco si decide presentarla o no. Si no desea presentar esta información, coloque sus iniciales a continuación.

\_\_\_\_\_ No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar.  
**Iniciales del solicitante**

**Códigos del grupo étnico:**

A - Hispano: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.

B - No hispano

**Códigos de raza:**

A- Blanco

B - Negro-afroamericano

C - Asiático

D - Indio americano/nativo de Alaska

Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico

F - Indio americano/nativo de Alaska/ blanco

G - Asiático/blanco

H - Negro/afroamericano/blanco

I - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericano

J - Otras razas múltiples

**Códigos de necesidades especiales:**

A - De la tercera edad

B - Persona con discapacidades\*

C - Persona con VIH/SIDA

D - Persona con adicción al alcohol y/o drogas

E - Residente de Colonia

F - VAWA/víctima de violencia doméstica

G - Persona sin vivienda

H - Trabajador migratorio de granjas

I - Residente de vivienda pública

J - Víctima de desastre

K - Veterano

L - Combatiente herido

M - El dinero sigue a la persona

\*Definición de discapacidad: Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal actual o la adicción a una sustancia controlada.

	Código de origen étnico	Código de raza	Código(s) de necesidades especiales
1 (Cabeza)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

**L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS**

Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del Programa HOME por el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre préstamos hipotecarios, empleo, activos, pasivos e ingresos. Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años deben firmar la Solicitud.

Nombre en imprenta del solicitante	Firma	Fecha
Nombre en imprenta del cosolicitante	Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto:	Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto:	Firma	Fecha

**Advertencia:** El Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. establece que realizar declaraciones falsas intencionales o la provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.

*Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.*



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

Dirección física: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711  
 Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.state.tx.us Sitio web:  
[www.tdhca.state.tx.us](http://www.tdhca.state.tx.us)



**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS  
SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN**

La participación en el programa de Asistencia para la Renta Basado en el Inquilino de TDHCA requiere la determinación de un ingreso ajustado para calcular la cantidad que de la asistencia de subsidio a su hogar puede ser elegible. El ingreso ajustado también se utiliza para determinar el inquilino paga el alquiler de una casa requiere identificado como sobre la renta a la recertificación en un desarrollo casa en alquiler. La información divulgada en este formulario solo se utilizará para determinar las deducciones elegibles. Si no comprende alguna pregunta, por favor contacte al Administrador, al Propietario o a la Administración.

**Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente:** \_\_\_\_\_

**A. DEDUCCIÓN POR DEPENDIENTES (algunos miembros del hogar no son elegibles para esta deducción, independientemente de la edad, discapacidad o tipo de estudiante: cabeza del hogar, cónyuge, corresponsable, niño adoptado, niño no nacido, niño que aún no se incorporó a la familia, asistente con vivienda).**

¿La casa consta de un miembro de la familia menores de 18 años?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿La casa consta de un miembro de la familia con discapacidad?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿La casa consta de un familiar quien es un estudiante de tiempo completo?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**B. DESCUENTO POR GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS**

¿Es el hogar pagar por el cuidado de los niños de 12 años de edad o bajo?  No  Sí. ¿De quién? \_\_\_\_\_  
 Si así es, por favor conteste lo siguiente:  
 1. ¿El cuidado del niño permite al miembro adulto de la familia...? (marcar según corresponda)  Buscar empleo  Tener un empleo rentable  Continuar con su educación (académica o vocacional)  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 2. ¿Algún miembro de la familia puede proporcionar cuidados durante las horas que se requiere el cuidado?  No  Sí  
 3. ¿El cuidado de niños es provisto por un miembro de la familia?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 4. ¿El grupo familiar recibe un reembolso de unas agencias externas o individuales?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**C. DEDUCCIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD**

¿El hogar paga por el cuidado de asistentes y/o un aparato auxiliar?  No  Sí. ¿De quién? \_\_\_\_\_  
 Si así es, por favor conteste lo siguiente:  
 1. ¿El cuidado y/o el uso de un aparato auxiliar permiten trabajar a un miembro adulto del grupo familiar?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 2. ¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia yo/ persona por estos costos?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 3. Identificar el tipo de cuidado y/o aparato que se paga: \_\_\_\_\_

**D. DEDUCCIÓN POR FAMILIAR DE LA TERCERA EDAD O DISCAPACITADO**

¿La cabeza de la familia, cónyuge o corresponsable es mayor de 62 años?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿La cabeza de la familia, cónyuge o corresponsable presenta una discapacidad?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**E. DEDUCCIÓN POR GASTOS MÉDICOS (si su hogar es elegible para la deducción que figura en "D" entonces los gastos médicos de TODOS los miembros del grupo familiar pueden ser elegibles para la deducción)**

Identificar los siguientes gastos médicos	Costos anuales estimados	¿Se puede proporcionar asistencia para los gastos?
Medicare <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Copagos por visitas médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos de medicamentos recetados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos por deducciones médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos de medicamentos de venta libre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia yo/ persona por alguno de estos costos?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿El grupo familiar tuvo algún gasto médico único, no recurrente?  No  Sí. Explicar. \_\_\_\_\_

**F. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/RESIDENTE**

**Certifico que la información anterior es verdadera y correcta,**

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

<b>I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN</b>	
Nombre del Administrador/Propietario/Administración:	Número de TDHCA:
Persona de contacto:	Cargo de la persona de contacto:
Domicilio:	Teléfono:
Correo electrónico:	Fax:

**II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE**

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente: \_\_\_\_\_

Yo/nosotros \_\_\_\_\_, el/los que suscribe/suscriben, por el presente autorizo/autorizamos a todas las personas o compañías en las categorías que se mencionan a continuación a divulgar información sobre el empleo, ingreso y/o activos con el propósito de verificar la información en mi/nuestra solicitud para la participación en el Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés). Yo/nosotros autorizo/autorizamos la divulgación de la información sin responsabilidad alguna del administrador/propietario/administración que figuran anteriormente, y/o el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y/o el proveedor de servicios del Departamento.

**INFORMACIÓN CUBIERTO**

Yo/nosotros comprendo/comprendemos que puede necesitarse información anterior o actual sobre mí/nosotros. Las verificaciones y consultas que pueden solicitarse incluyen, pero no limitado/a: identidad personal, tipo de estudiante, empleo, ingreso, activos y subsidios médicos o para el cuidado de niños. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que esta autorización no puede usarse para obtener información sobre mí/nosotros que no se relacione con mi elegibilidad y la continuación en la participación del Programa de Vivienda Asequible del TDHCA.

- GRUPOS O PERSONAS A QUIENES SE PUEDE CONSULTAR**
- Los grupos o personas a quienes se puede solicitar la divulgación de la información anterior incluyen, pero no limitado/a:
- |  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| Empleadores actuales y presentes         | Agencias de bienestar             | Administraciones de veteranos                     |
| Proveedores de asistencia y manutención  | Agencias estatales de desempleo   | Sistemas de retiro                                |
| Instituciones educativas                 | Administración del Seguro Social  | Proveedores de atención médica y cuidado de niños |
| Bancos y otras instituciones financieras | Proveedores de servicios públicos | Propietarios de viviendas anteriores              |
| Agencias públicas de viviendas           | Distritos de tasación             | Operador de seguros                               |

**III. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Yo/nosotros acepto/aceptamos que puede usarse una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización se encuentra archivado y **permanecerá en vigencia por un año y un mes** desde la fecha de firma. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que yo/nosotros tengo/tenemos el derecho de revisar este archivo y corregir la información incorrecta.

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

**NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE UTILIZARSE PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. SI SE REQUIERE UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DEBE COMPLETARSE EL FORMULARIO 4506 DEL IRS, "SOLICITUD DE UNA COPIA DE UN FORMULARIO IMPOSITIVO" Y FIRMARSE POR SEPARADO.**





VERIFICATION OF DISABILITY

Administrator: Community Council of South Central Texas

Contract/RSP Number:

Administrator Address: 801 N State Hwy 123 Bypass Seguin, TX 78155

Phone: 830-303-4376

Fax: 830-372-5354

Email: mvollmar@ccsct.org

Applicant Name:

Applicant Address:

Name of Household Member with a Disability:

Relationship of Person with a Disability to the Applicant:

The above-named Applicant has submitted an application to above-named Contract Administrator for federal housing assistance through the HOME Investment Partnerships (HOME) Program serving Persons with Disabilities. Applicant states that a member of his/her household meets the following definition of Person with Disability, in accordance with 24 CFR 92 and 10 TAC 23:

DEFINITION OF A PERSON WITH A DISABILITY

A Person with Disability is a person who:

- A. Has a disability that is a physical, mental or emotional impairment that:
1. Is expected to be of a long-continued, and indefinite duration, AND
2. Substantially impedes his or her ability to live independently, AND
3. Is of such a nature that the ability could be improved by more suitable housing conditions; OR
B. Has a developmental disability which is a severe, chronic disability that:
1. Is attributable to a mental or physical impairment or combination of mental or physical impairments; AND
2. Is manifested before the person attains age 22; AND
3. Is likely to continue indefinitely; AND
4. Results in substantial functional limitations in three or more of the following areas of life:
a. Self-care;
b. Receptive and expressive language;
c. Learning;
d. Mobility;
e. Self-direction;
f. Capacity for independent living;
g. Economic self-sufficiency; AND
5. Reflects the person's need for treatment or services that are of lifelong or extended duration and are individually planned and coordinated.
C. An individual from birth to age 9 who has a substantial developmental delay, congenital, or acquired condition may be considered to have a developmental disability without meeting three of the above-identified criteria if the individual has a high probability of meeting those criteria later in life.

In accordance with HOME Program regulations, the disability preference being claimed by Applicant must be confirmed by a health care provider or other reliable source. Any information provided is confidential and will be



# VERIFICATION OF DISABILITY

used strictly for the purpose of establishing Applicant's eligibility to receive HOME Program assistance as a Person with Disability.

**Do NOT disclose specific details regarding the nature of Applicant's disability, or pertaining to his/her specific medical diagnosis.**

### APPLICANT'S AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:

I hereby authorize the individual identified below as "Individual Authorized to Provide Verification of Disability" to release information to the above-named Contract Administrator for the purpose of confirming my eligibility as a Person with Disability, in accordance with the above-stated definition of Person with Disability.

\_\_\_\_\_  
Signature of Person with Disability or His/Her Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

### INDIVIDUAL AUTHORIZED TO PROVIDE VERIFICATION OF DISABILITY

Individual's Name:

\_\_\_\_\_

Individual's Address:

\_\_\_\_\_

Relationship of Individual to Applicant:

Phone:

\_\_\_\_\_

### CERTIFICATION OF APPLICANT'S DISABILITY:

I hereby certify that the above-named Applicant meets the criteria of Person with Disability as provided in the above-stated definition of Person with Disability.

\_\_\_\_\_  
Signature of Individual Authorized to Provide Verification of Disability

\_\_\_\_\_  
Date

**WARNING: Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any Department of the United States Government.**

*Reasonable accommodations will be made for persons with disabilities and language assistance will be made available for persons with limited English proficiency.*



**TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS**  
Street Address: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Mailing Address: PO Box 13941, Austin, TX 78711  
Main Number: 512-475-3800 Toll Free: 1-800-525-0657 Email: info@tdhca.state.tx.us Web: www.tdhca.state.tx.us



**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS  
CERTIFICACIÓN DE CERO INGRESOS**

Una "Certificación de cero ingresos" debe ser completada solo por los miembros adultos del hogar (si corresponde). Si usted (el solicitante) necesita aclaración sobre alguna fuente de ingreso incluida, contacte al administrador del contrato, propietario o al personal de la oficina de administración.

I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN	
Nombre del Administrador/Propietario/Administración:	Número de TDHCA:
Persona de contacto:	Cargo de la persona de contacto:
Domicilio:	Teléfono:
Correo electrónico:	Fax:

II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE/RESIDENTE
<p>Yo _____, por el presente certifico que:</p> <p>A. Individualmente <i>no</i> recibo ingresos de <i>ninguna</i> de las siguientes fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salarios de empleo (incluidas comisiones, propinas, bonificaciones, honorarios, etc.);</li> <li>• Ingresos de la operación de un negocio;</li> <li>• Ingresos de renta de bienes inmuebles o muebles;</li> <li>• Intereses o dividendos de activos;</li> <li>• Pagos del Seguro Social;</li> <li>• Pagos adicionales del Seguro Social;</li> <li>• Pagos de anualidades, pólizas de seguro, fondos de retiro, pensiones o beneficios por fallecimiento;</li> <li>• Pagos por desempleo o discapacidad;</li> <li>• Pagos de asistencia pública (que no sean estampillas de alimentos);</li> <li>• Subsidios periódicos de alimentos o mantenimiento de un menor;</li> <li>• Obsequios recibidos de personas que no comprende la casa;</li> <li>• Ventas de recursos independientes (Avon, Mary Kay, Pampered Chef, Shaklee, etc.);</li> <li>• Toda otra fuente no mencionada anteriormente; <b>Y</b></li> </ul> <p>B. Actualmente <i>no</i> tengo ingresos de ningún tipo y no se espera un cambio inminente en mi estado financiero o de empleo en los próximos 12 meses; <b>Y</b></p> <p>C. Usaré las siguientes fuentes de fondos para pagar la renta, servicios y/u otras necesidades: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

III. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE		
<p>Bajo pena de perjurio, yo/nosotros certifico/certificamos que la información presentada en esta Certificación es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento/s y creencia. Además, la persona que firma este documento sabe que hacer afirmaciones falsas en este formulario constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la rescisión de la participación en virtud del Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (THDCA, por su sigla en inglés)</p>		
<p>_____ Nombre en letra de imprenta del miembro de la familia/residente</p>	<p>_____ Firma</p>	<p>_____ Fecha</p>

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

**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS  
CERTIFICACIÓN DE ACTIVOS POR MENOS DE \$5000**

Para los hogares cuyos combinados activos netos no superan \$5000.  
Completar solo un formulario por cada hogar; incluir los activos de los niños.

Nombre de la casa: \_\_\_\_\_ N° de unidad: \_\_\_\_\_

Nombre del desarrollo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**Completar todas las opciones correspondientes de 1 a 4:**

1. Mis/nuestros activos incluyen:

(A) Valor monetario*	(B) Tasa de interés	(A*B) Ingreso anual	Fuente	(A) Valor monetario*	(B) Tasa de interés Tasa	(A*B) Ingreso anual	Fuente
\$ _____	_____	\$ _____	Cuenta de ahorro	\$ _____	_____	\$ _____	Cuenta de cheques
\$ _____	_____	\$ _____	Efectivo disponible	\$ _____	_____	\$ _____	Caja de seguridad
\$ _____	_____	\$ _____	Certificados de depósito	\$ _____	_____	\$ _____	Fondos del mercado de dinero
\$ _____	_____	\$ _____	Acciones	\$ _____	_____	\$ _____	Bonos
\$ _____	_____	\$ _____	Cuentas IRA	\$ _____	_____	\$ _____	Cuentas 401K
\$ _____	_____	\$ _____	Cuentas Keogh	\$ _____	_____	\$ _____	Fondos de fideicomiso
\$ _____	_____	\$ _____	Patrimonio en bienes inmobiliarios	\$ _____	_____	\$ _____	Contratos de tierras
\$ _____	_____	\$ _____	Recibos de sumas totales	\$ _____	_____	\$ _____	Inversión de capital
\$ _____	_____	\$ _____	Pólizas de seguro de vida (sin incluir pólizas a plazo)				
\$ _____	_____	\$ _____	Otros fondos de retiro/pensión no mencionados anteriormente:				_____
\$ _____	_____	\$ _____	Bienes muebles mantenidos como inversión**:				_____
\$ _____	_____	\$ _____	Otro (Enumerar):				_____

TENGA EN CUENTA QUE: ciertos fondos (por ej., retiro, pensión, fideicomiso) pueden o no ser (totalmente) accesibles para usted. Incluir solo los importes que lo son.

\*El valor en efectivo se define como el valor de mercado menos el costo de convertir el activo a efectivo, como honorarios de corredores, costos de liquidación, préstamos pendientes, penalizaciones por retiro anticipado, etc.

\*\*Los bienes muebles mantenidos como inversión pueden incluir, entre otros, colecciones de gemas o monedas, arte, automóviles antiguos, etc. No incluir los bienes muebles necesarios como, entre otros, muebles del hogar, automóviles de uso cotidiano, indumentaria, activos de un negocio activo o equipos especiales para el uso de personas discapacitadas.

2.  En los últimos dos (2) años, yo/nosotros he/hemos vendido u obsequiado activos (que incluyen dinero en efectivo, bienes inmuebles, etc.) por más de \$1000 por debajo de su valor justo de mercado (FMV, por su sigla en inglés). Estos importes\* se incluyen anteriormente y son equivalentes a un total de: \$ \_\_\_\_\_ (\*la diferencia entre el FMV y el importe recibido, por cada activo para el que éste ocurrió).
3.  Yo/nosotros no he/hemos vendido ni obsequiado activos (incluido dinero en efectivo, bienes inmuebles, etc.) por un valor inferior al valor justo de mercado durante los últimos dos (2) años.
4.  Yo/nosotros no he/hemos tenido activos en este plazo.

**Los activos netos de la familia (tal como se define en 24 CFR 813.102) mencionados anteriormente no exceden \$5000 y los ingresos anuales de los activos de la familia son de \$ \_\_\_\_\_.** Este importe se incluye en los ingresos anuales brutos totales.

Bajo pena de perjurio, yo/nosotros certifico/certificamos que la información presentada en esta Certificación es cierta y fidedigna según mi/nuestro leal saber y entender. Además, la persona que firma este documento sabe que hacer afirmaciones falsas en este formulario constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede ocasionar la terminación de este contrato de alquiler.

\_\_\_\_\_  
Solicitante/inquilino

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
Solicitante/inquilino

\_\_\_\_\_  
FECHA

Community Council of South Central Texas  
801 N Hwy 123 Bypass  
Seguin, Texas 78155  
830-303-4376 ext. 203



NO CUENTA / CUENTA NUEVA  
INDIQUE LA RESPUESTA APROPIADA

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ NO TENGO CUENTA DE CHEQUES Y NO HE TENIDO UNA EN LOS PASADOS SEIS MESES

\_\_\_\_\_ NO TENGO CUENTA DE AHORRO Y NO HE TENIDO UNA EN LOS PASADOS SEIS MESES

---

\_\_\_\_\_ LA CUENTA DE CHEQUES ES NUEVA. Y EL ESTADO DE CUENTA DE LOS PASADOS 6 MESES NO ESTÁ DISPONIBLE Y NO TENGO NINGUNA OTRA CUENTA ANTES DE ESTA.

\_\_\_\_\_ LA CUENTA DE AHORRO ES NUEVA. Y EL ESTADO DE CUENTA DE LOS PASADOS 6 MESES NO ESTÁ DISPONIBLE Y NO TENGO NINGUNA OTRA CUENTA ANTES DE ESTA.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

State of Texas County of \_\_\_\_\_

This document was acknowledged before me on \_\_\_\_\_ (date) by \_\_\_\_\_ (name of person).

(seal)

Notary Public Signature  
\_\_\_\_\_

Community Council of South Central Texas  
801 N State Hwy 123 Bypass  
Seguin, Texas 78155  
830-303-4376 ext 203



## DECLARACIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

INDIQUE LA RESPUESTA APROPIADA: MANUTENCIÓN DE NIÑOS

### Recibiendo Pagos

\_\_\_\_\_ Tengo una orden judicial para la manutención de niños y adjunto esta la verificación de ingresos de manutención de niños de los últimos 12 meses

\_\_\_\_\_ NO TENGO manutención de niños ordenada por la corte pero recibo pagos voluntarios de manutención de niños de \$ \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_

### NO RECIBO PAGOS

\_\_\_\_\_ Tengo una orden judicial para la manutención de niños pero NO RECIBO los pagos ordenados y he incluido la Verificación de ingresos de la manutención de los últimos 12 meses que muestran atraso

\_\_\_\_\_ NO TENGO manutención de niños ordenada por la corte ni recibo ayuda MONETARIA de cualquier otra fuente.

La declaración de arriba es verdadera según mi entendimiento.

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

State of Texas County of \_\_\_\_\_

This document was acknowledged before me on \_\_\_\_\_ (date) by \_\_\_\_\_ (name of person).

(seal)

Notary Public Signature

\_\_\_\_\_