

Las regulaciones federales requieren que **todas** las familias que participan en programas de vivienda subvencionada informen su composición de ingresos y de la familia.

Por favor complete la Petición de Nueva Certificación Interina junto con la siguiente documentación:

**Verificación de Ingresos:**

- *Dos (2) meses de verificación, por ejemplo talones de cheque, o una impresa de historia de sus ingresos, una carta de sus beneficio actual como Seguro Social, Labores y Industrias, pensiones, Beneficios de Veteranos, manutención infantil, etc.*

**Verificación de Cuentas Activas**

- *Ahorros, valor de su propiedad, fondos de inversión del IRA, anualidades, fondo fiduciario, herencias, asentamientos. Provee los últimos dos (2) meses de su cuenta bancaria.*

**Estudiantes de Tiempo Completo:** (para los estudiantes de 18 años o mayores)

- *Se solicita una Carta actual dirigida por el funcionario encargado del registro o de admisión; verificación de las clases que está atendiendo, Carta de notificación de Ayuda Financiera*

**Cuidado de los Niños**

- *Se solicita verificación de gastos por los últimos tres (3) meses de recibos, o una impresa que muestra la historia de los pagos directamente del proveedor de cuidado*

**Verificación de Gastos Médicos:** (Para los hogares en los que la cabeza o el cónyuge es por lo menos 62 o una persona con discapacidad)

- *Impresa de la farmacia, recibos de visitas médicas (doctores, dentistas, hospitales) u otros gastos médicos/cobros que salen de su propio bolso/pagos mensuales, pagos que serán pagados en el próximo año por usted como las primas de seguro.*

Cada miembro de la familia de 18 años de edad o más tiene que firmar la Petición de Nueva Certificación Interina (cambio de circunstancia). Si usted tiene preguntas, favor de llamar a la oficina al (509) 586-8576.

Sinceramente,  
Alojamiento de Kennewick

**POLÍTICA DE KHA DICE**

**La disminución de ingresos:**

Los cambios deben ser informados al más tardar el día 20 del mes para que el cambio sea efectivo el primer día del mes siguiente que se informa el cambio. Si la disminución se reporta después del día 20 del mes, la disminución de la renta del inquilino será efectiva el primer día del mes siguiendo al mes siguiente (es decir, si el cambio se informó 25 de julio luego de la disminución de la renta será efectiva el 1 de septiembre)

**Si la parte de la renta familiar aumenta:**

El aumento general entrará en vigencia el primer día del mes después de 30 días de aviso a la familia. Si una familia no presenta un cambio en los plazos requeridos, cualquier aumento de renta de la familia será retroactivo al primer día del mes siguiente a la fecha en que ocurrió la mala representación. Si una familia no puede proporcionar toda la información necesaria dentro de los plazos requeridos, el aumento será aplicado retroactivo, a la fecha en que hubiera sido efectiva si la información se hubiera entregado a tiempo. La familia será responsable de cualquier subsidio pagado en exceso y puede ser ofrecido un acuerdo de pago de acuerdo con las políticas en el capítulo 16.



## PETICIÓN DE NUEVA CERTIFICACIÓN INTERINA (Cambio de Circunstancia) ¡Por favor complete en sólo tinta azul o negro!

Brevemente describa los cambios que usted relata:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### A. Información de Cabeza de Casa:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial Media \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

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


Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Mensajero: \_\_\_\_\_

### B. Composición de Casa:

Lista a **TODOS** los miembros de familia que viven con usted.

Nombre del Miembro de Casa	Relación a Cabeza	Número de Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	¿Minusválido?		¿Estudiante de tiempo completo?		Si es estudiante, nombre de la escuela
					Sí/No		Sí/No		
	Cabeza								

a. ¿Es algún miembro alistado arriba una **nueva adición**?  Sí  No

\*\*\*\* Si **SÍ**,  Favor de pedirle a la Recepcionista por una Aplicación para las personas 18 años o mayores. \*\*\*\*

### C. Información de Activo:

a. ¿Alguien en la casa tiene una Chequera, Ahorro, el Certificado del Depósito (CD), IRA, Cuenta fiduciaria, Bonos de ahorros, o algún otro tipo de cuenta de activo?  Sí  No

Si sí, por favor proporcione lo siguiente:

Nombre y Domicilio del Banco	Número de Cuenta (requerida)	Balance Corrientes	Ingresos Mensuales

b. ¿Alguien en la casa tiene una póliza de seguros de vida?  Yes  No

c. ¿Posee algún miembro de casa algunos bienes inmuebles? (Casas, casas móviles, etc.)  Sí  No

d. ¿Tiene algún miembro de casa algún activo no puesto en la lista encima?  Sí  No

### D. Información de Ingresos Corriente:

Miembro de Casa	Origen/Tipo de Ingreso (Marque uno de los siguientes):							Cantidad Mensual
	Salarios	Seguro Social	Asistencia Pública	Manutención de Niño	Pensión/Retiro	Desempleo	Otro	
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$





a. Nombre de Patrón #1: \_\_\_\_\_ Teléfono de Patrón: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de Patrón: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha de Comienzo de Empleo: \_\_\_\_\_

b. Nombre de Patrón #2: \_\_\_\_\_ Teléfono de Patrón: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de Patrón: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha de Comienzo de Empleo: \_\_\_\_\_

c. ¿Manutención de Niño recogidos a través de Ejecución de Apoyo?  Sí  No  
*Si sí, por favor proporcione el número de caso:* \_\_\_\_\_

d. ¿Manutención de Niño recogidos directamente del pariente sin custodia?  Sí  No  
*Si sí, por favor proporcione el nombre, la dirección y el Teléfono del Pago del Padre:*  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**E. Gastos de Cuidado de Niños:**

Si usted está empleado o va a la escuela y paga por el cuidado de niños menos de edad de trece (13) años es posible que pueda recibir una deducción.

¿Paga usted por gastos de cuidado de niños?  Sí  No *Si sí, por favor proporcione lo siguiente:*

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del proveedor: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pago Mensual: \$ \_\_\_\_\_ ¿Recibe una subvención para el cuidado de los niños?  Sí  No

**F. Gastos Médicos:**

Si usted es la edad 62 y mayor o minusválido, KHA puede descontar gastos médicos que son esperados ser pagados dentro de los próximos doce (12) meses, que no son reembolsados por una fuente exterior y pueden ser verificados por un tercero verificador. *(Los ejemplos incluyen, pero no son limitados con, gafas, gastos dentales, primas de seguros médicas y gastos de medicina de prescripción)*

¿Paga usted por gastos Médicos?  Sí  No *Si sí, por favor lista sus gastos regulares abajo:*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**G. Certificación:**

Bajo la pena del perjurio, declaro que he completado este documento al mejor de mi conocimiento y toda la información a condición de que sea verdadero, correcto y completo. También declaro que todas las verificaciones de apoyo presentadas con esta declaración son válidas. Entiendo que cualquier falsificación de información o fracaso de revelar información solicitada en esta forma puede ser razones para la terminación de la ayuda y que la obtención de la subvención de alquiler por la información falsa puede causar la demanda judicial contra mí y reembolso de subvención de alquiler retroactivo.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Cabeza de Casa

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Co-Cabeza/Cónyuge

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Otro Miembro Adulto de Casa

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**ADVERTENCIA:** Título 18, la Sección 1001 del Código de los EE.UU. declara que una persona es culpable de un crimen por las declaraciones falsas a sabiendas y voluntariamente a cualquier departamento de la Agencia dentro de los Estados Unidos o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano



## CONCENTIMIENTO GENERAL

Yo autorizo y dirijo a cualquier agencia federal, estatal o local, negocios o individuos liberar al **Departamento de Vivienda de la Ciudad Kennewick**, cualquier información o material necesario para completar y verificar mi solicitud de participación, y/o de mantener mi asistencia continua bajo cualquier programa de vivienda proveído por el departamento de la ciudad de Kennewick y del condado Benton.

Entiendo y estoy de acuerdo de que ésta autorización, o la información obtenida al usarla, sea dada o utilizada por el HUD para administrar y aplicar reglas y pólizas del programa.

### **INFORMACIÓN CUBIERTA:**

Entiendo que, dependiendo de las pólizas y requerimientos del programa puede ser necesario proveer información previa o actual **en cuanto a mí o de los miembros de mi hogar**. Puede requerirse verificaciones e investigaciones, pero éstas no sólo se limitarán a:

Identidad y estado civil  
Crédito y actividad criminal

Empleo, ingresos y propiedades  
Residencias y actividad de alquiler

Asistencia médica o de guardería

Entiendo que ésta autorización no puede ser utilizada para obtener información acerca de mi que no sea pertinente a mi elegibilidad y a la participación continua en el programa de asistencia a la vivienda.

### **GRUPOS O INDIVIDUOS A LOS QUE SE LES PODRÍA CUESTIONAR:**

Los grupos o individuos a los que se les pida la liberación de la información antes mencionada (dependiendo de los requerimientos del programa) se incluyen pero no se limita a:

Propietario del alquiler previo  
(Incluyendo a agencias de vivienda pública)  
Escuelas y colegios  
Administración de veteranos  
Empleadores actuales y pasados

Agencias de Asistencia Social  
Oficinas postales y tribunales  
Proveedores médicos y de guardería  
Proveedores de apoyo monetario  
Proveedores de crédito






Agencias estatales de desempleo  
Administración de seguridad social  
Agencias Ejecutoras de la Ley  
Bancos/instituciones financieras  
Compañías de servicios públicos

### **CONSENTIMIENTO Y CONOCIMIENTO DE INVESTIGACIÓN COMPUTARIZADA:**

Entiendo y estoy de acuerdo que el HUD o el departamento de vivienda de la Ciudad de Kennewick y del condado Benton conduzca programas de sondeo computarizado para verificar la información proveída en mi solicitud o en mi rectificación. Si una investigación computarizada se realiza, entiendo que tengo el derecho de ser notificado de cualquier hallazgo de información adversa, y de la oportunidad de desaprobado esa información. Durante el curso de sus labores el HUD pudiera intercambiar información automatizada con la federación, el estado o agencias locales incluyendo pero no limitado a: Agencias Estatales de Seguridad Social; Departamento de Defensa; Oficina de Manejo de Personal; el Servicio Postal de los Estados Unidos; la Administración de Servicios Sociales; de Asistencia Social Estatal y de estampillas de comida.

### **CONDICIONES:**

Estoy de acuerdo a que una fotocopia de esta autorización sea usada para el propósito antes mencionado. Esta autorización estará en vigor por un año con un mes después de la fecha de ser firmada.

 _____ Firma de Cabeza de Casa	 _____ Nombre en letra de molde	 _____ Fecha
 _____ Firma de Conyuge	 _____ Nombre en letra de molde	 _____ Fecha
 _____ Firma de Miembro Adulto	 _____ Nombre en letra de molde	 _____ Fecha
 _____ Firma de Miembro Adulto	 _____ Nombre en letra de molde	 _____ Fecha
 _____ Firma de Miembro Adulto	 _____ Nombre en letra de molde	 _____ Fecha