

Las regulaciones federales requieren que **todas las familias que están participando en programas de vivienda subsidiada informen cambios de sus ingresos y composición familiar. Las familias deben reportar todos los cambios dentro de ocho (8) días de negocio. Especialistas de Alojamiento tienen 60 días para procesar su cambio.**

Favor de completar la Petición de Nueva Certificación Interina, sea específico en cuanto el cambio que está reportando y **proporciona todos los siguientes documentos para cada miembro de la familia de 18 años y mayor.**

Su Petición de Nueva Certificación Interina, no se considerará completo hasta que la Especialista de Alojamiento reciba toda la documentación. La fecha de entrega de su Petición de Nueva Certificación Interina se cambiará al día en que se reciban todos los documentos que se apliquen a continuación.

Verificación de Ingresos

- *Dos (2) meses de talones de cheque o un impresa de historia de sus ingresos, una carta de su beneficio actual como el Seguro Social, TANF, pensiones, Labor e Industrias, Beneficios de Veteranos, manutención infantil, etc.*

Verificación de Cuentas Activas

- *Ahorros, cuenta de cheques, acciones, bonos, propiedad, fondos de inversión de IRA, anualidades, fideicomiso, herencias, liquidaciones, seguro de vida, etc. Por favor proporcione todas las páginas de los últimos dos (2) facturas mensuales de sus estados bancarios.*

Estatus de Estudiantes a Tiempo Completo/Parcial: (Para estudiantes de 18 años o más)

- *Verificación de medio tiempo/tiempo completo (Certificado Nacional del Clearing House), Carta de otorgamiento de ayuda financiera, préstamos, becas, etc., Gastos de matrícula, tarifas y cargos, Registro de clases actuales y del futuro.*

Verificación de Cuidado de Niños

- *Los últimos tres (3) meses de recibos o impresa que muestre la historia de pagos directamente del proveedor de cuidado infantil.*

Verificación de Gastos Médicos: (Para hogares donde la cabeza o el cónyuge tiene al menos 62 años o una persona con discapacidad)

- *Impresa de la farmacia por un año, recibos de visitas médicas (doctores, dentistas, hospitales) del último año por gastos de su propio bolsillo/pagos mensuales, gastos anticipados que deberá pagar en los próximos doce (12) meses como primas de seguro o acuerdos de pago, etc.*

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

POLIZA 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 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 pólizas en el capítulo 16.



PETICIÓN DE NUEVA CERTIFICACIÓN INTERINA

(Cambio de Circunstancia)

El cambio tiene que incluir la información de cada adulto. ¡Por favor complete en sólo tinta azul o negro!

Brevemente describa los cambios que usted está reportando con detalle:

A. Información de Cabeza del Hogar:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección de Envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono Mensajero: _____

B. Composición de Casa:

Liste 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 No Aplica
 **** Si **SÍ**, Favor de pedirle a la Recepcionista por una Aplicación para las personas 18 años o mayores. ****
- b. ¿Es algún miembro alistado arriba un estudiante (18 años o más)? Sí No No Aplica
 ¿Qué tipo de estudiante (18 años o más)? Tiempo Completo Medio tiempo

C. Información de Activo:

- a. ¿Alguien en la casa tiene una cuenta de cheques, ahorros, Certificado de Depósito (CD), IRA, cuenta fiduciaria, bonos de ahorros, o algún otro tipo de cuenta de activo? Sí No No Aplica
 Si sí, por favor proporcione lo siguiente:

Nombre y Domicilio del Banco	Número de Cuenta (<i>requerida</i>)	Balance Corrientes	Ingresos Mensuales

- b. ¿Alguien en la casa tiene una póliza de seguros de vida? Yes No No Aplica
- c. ¿Posee algún miembro de casa algunos bienes inmuebles? (Casas, casas móviles, etc.) Sí No N/A
- d. ¿Tiene algún miembro de casa algún activo no puesto en la lista encima? Sí No No Aplica
- e. Anote la información de cada vehículo (marca, modelo, año, placa del vehículo) que usa su familia.

D. Información de Ingresos Actuales:

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 empleador #1: _____ Teléfono de empleador: _____
 Domicilio de empleador: _____

_____ Fecha de Comienzo: _____

b. Nombre de empleador #2: _____ Teléfono de empleador: _____
 Domicilio de empleador: _____

_____ Fecha de Comienzo: _____

No Aplica – Ningún adulto en el hogar esta empleado

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

d. ¿Manutención de Niño recogidos directamente del pariente sin custodia? Sí No No Aplica
 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 No Aplica

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 No Aplica

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 No Aplica

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

 Firma de Co-Cabeza/Cónyuge

 Fecha

 Firma de 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 | Empleo, ingresos y propiedades | Asistencia médica o de guardería |
| Crédito y actividad criminal | Residencias y actividad de alquiler | |

Entiendo que ésta autorización no puede ser utilizada para obtener información acerca de mí 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) | Agencias de Asistencia Social
Oficinas postales y tribunales | Agencias estatales de desempleo
Administración de seguridad social |
| Escuelas y colegios | Proveedores médicos y de guardería | Agencias Ejecutoras de la Ley |
| Administración de veteranos | Proveedores de apoyo monetario | Bancos/instituciones financieras |
| Empleadores actuales y pasados | Proveedores de crédito | 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 desaprobador 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 Cónyuge/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
_____ Firma de Miembro Adulto	_____ Nombre en letra de molde	_____ Fecha



Housing Authority City of Kennewick



Lista de Elegibilidad de Estudiante (Para estudiantes de 18 años o mayor)

Cabeza del Hogar: _____

Nombre del Estudiante: _____ No Me Aplica

- ¿El estudiante de su hogar es de 18 años o mayor? Si: Pase a la pregunta número 2 No: ALTO
- ¿Qué tipo de estudiante es el que vive en su hogar?
 Escuela Secundaria Institución de educación superior otro:

Nombre de la escuela/Institución de educación superior _____

Si otro programa liste: GED, etc. _____

- ¿Cuál es el estado actual del estudiante?
 Estudiante de medio tiempo Estudiante de tiempo completo
- ¿Proporcionó usted/el estudiante **todos** los siguientes documentos **requeridos**?
 NOTA: Un estudiante de educación superior u otro estudiante del programa **debe proporcionar todos los siguientes documentos para ser clasificado como estudiante**. Los estudiantes de secundaria solo necesitan proporcionar verificación de su estado escolar.
 Verificación de medio tiempo o tiempo completo (certificado de National Clearing House /carta verificando el estado del estudiante de la oficina del registrador)
 Carta de concesión de ayuda financiera, préstamos, becas, subvenciones, etc. para el año escolar actual
 Costo de todas las matrículas, honorarios, cargos, gastos, etc.
 Horarios de clase actuales y futuros para el año escolar actual
- ¿Vivió usted/el estudiante con el padre/guardián que está recibiendo/solicitando el cupón de la sección 8?
 Si: ALTO. See **Result A** No: Pase a la pregunta número 6
- ¿Tiene usted/el estudiante al menos de 24 años de edad con al menos 1 hijo dependiente?
 Si: ALTO. See **Result B** No: Pase a la pregunta número 7
- ¿Califica el estudiante con algunos de los siguientes criterios?
 - Al menos de 24 años de edad
 - Veterano/a
 - Casado/a
 - Al menos 1 niño dependiente Si: ALTO. See **Result C** No: Pase a la pregunta número 8
- ¿Califica el estudiante como un "estudiante independiente" según la póliza del PHA?
 Si: ALTO. See **Result D** No: Pase a la pregunta número 9
- ¿Califican los padres del estudiante con los requisitos de elegibilidad de ingresos para el área en la que residen? NOTA: Siga la póliza de la PHA con respecto al examen de los ingresos de uno o ambos padres.
 Si: ALTO. See **Result E** No: Denegar la admisión o terminar la asistencia

Declaro bajo pena de perjurio que estoy proporcionando toda la documentación requerida y las respuestas/declaraciones anteriores son verdaderas y completas.

Firma de estudiante: _____

Fecha: _____

Firma de cabeza del hogar: _____

Fecha: _____



Autorización General de Certificación

Yo, _____ declaro, bajo pena de perjurio, como la cabeza de casa que he/hemos completado este documento a lo mejor de mi conocimiento y toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa. Entiendo que cualquier falsificación de información o la falta de proveer de la información solicitada en este formulario puede ser motivo de terminación de la asistencia y que la obtención del subsidio de alquiler por información falsa puede dar lugar a acciones legales en mi contra y al reembolso retroactivo del subsidio de alquiler.

Si falle en contestar alguna pregunta o completar una sección de los documentos presentados, doy permiso a la Autoridad de Vivienda de Kennewick (KHA) para que se comunique conmigo por teléfono o correo electrónico (se enumeran a continuación) para completar los documentos requeridos en su totalidad. También entiendo que soy responsable de contactar a mi especialista de vivienda si tengo más preguntas.

Firma de Cabeza de Casa _____
Fecha

Número de Teléfono _____
Número de Mensaje

Correo Electrónico

Debido a la pandemia de Covid-19, es posible que las especialistas de alojamiento trabajen una semana más corta. Si se encuentran en la oficina, se comunicarán con usted dentro de las 72 horas posteriores a la presentación de este documento para responder a otras preguntas.

FOR OFFICE USE ONLY:

Notes: _____

Contacted client on ___/___/___ at ___:___ am/pm Via: Phone/Email/Other _____

Contacted client on ___/___/___ at ___:___ am/pm Via: Phone/Email/Other _____

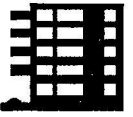
Contacted client on ___/___/___ at ___:___ am/pm Via: Phone/Email/Other _____

Contacted client on ___/___/___ at ___:___ am/pm Via: Phone/Email/Other _____

Staff Name: _____ Staff Signature: _____



Housing Authority City of Kennewick



OFERTA DEL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR (FSS)

9 de enero de 2024

Estimado participante de KHA,

¿Ha oído hablar del Programa de autosuficiencia familiar (FSS) de KHA? ¿Espera un aumento en el alquiler porque usted o alguien de su hogar gana más dinero en el trabajo? ¿Le gustaría tener la oportunidad de ahorrar ese aumento para sus metas financieras futuras?

Si su alquiler está aumentando, puede ahorrar dinero inscribiéndose en el programa FSS, si se inscribe DOS meses antes de que su alquiler aumente.

¿Qué es el Programa de Autosuficiencia Familiar (FSS)?

Es un programa voluntario administrado por la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Kennewick (KHA) que ayuda a personas y familias a ser económicamente independientes. Este programa ayuda a los participantes que están desempleados o subempleados a alcanzar metas que les permitirán volverse financieramente autosuficientes dentro de cinco (5) años.

¿Cómo funciona FSS?

Cada adulto del hogar se inscribe voluntariamente completando una solicitud, reuniéndose con el coordinador del programa y firmando un Contrato de participación con KHA. El contrato describe las responsabilidades del participante y de KHA para cumplir los objetivos identificados y lograr la autosuficiencia. El participante trabaja con el coordinador del programa, quien luego ayuda a definir los objetivos profesionales y los recursos disponibles para alcanzar sus metas.

¿Qué es la cuenta de depósito en garantía FSS?

Las familias participantes reciben una cuenta de ahorros en garantía que produce intereses que se acumula a medida que aumentan los ingresos del hogar. Serás recompensado cuando ganes más dinero en el trabajo. Cuando usted, o un miembro de su hogar, aumenta sus ingresos del trabajo (mediante un aumento, un nuevo trabajo u horas extra), ¡puede ahorrar parte del aumento de su alquiler mensual! KHA depositará automáticamente una parte de su aumento de alquiler mensual en su Cuenta de Ahorros FSS. Es posible que reciba los fondos completos en la cuenta al graduarse. Una vez que la familia haya completado con éxito su contrato de cinco años y haya cumplido sus objetivos, ¡la cuenta de depósito en garantía será suya para usarla como deseen!

¿Quien es elegible?

Cualquier persona que actualmente participe en los programas Alojamiento de Vale Sección 8 y de vivienda pública de KHA que desee independizarse de todos los programas de asistencia social puede inscribirse. El participante debe estar dispuesto y ser capaz de trabajar y ser un participante de KHA con buena reputación.

¿Está interesado en una consulta con el Coordinador del Programa FSS?

- Sí, me gustaría tener una consulta con la Coordinadora del Programa FSS
- No, **NO** estoy interesado en el Programa FSS en este momento.
- Ya estoy inscrito en el programa FSS.



Firma del participante del programa KHA

Fecha

Escriba en letra de imprenta la participante del programa

Últimos cuatro números de seguro social

Recuerde que el programa FSS es un programa beneficioso y voluntario. La participación no afecta su asistencia de vivienda. Informe a su especialista en vivienda actual que está interesado en el programa FSS o comuníquese con el coordinador de FSS al (509) 586-8576 x109.

Gracias por su interés en el programa FSS de KHA. KHA espera trabajar con usted en su camino hacia la autosuficiencia.

Atentamente,
Coordinador FSS
CC: archivo de cliente