



REQUEST FOR CONTINUED ASSISTANCE Section-8 Housing Programs – Full Re-Certification Packet

THIS FORM MUST BE COMPLETELY FILLED OUT, *SIGNED AND DATED BY ALL FAMILY MEMBERS*
EIGHTEEN (18) YEARS OF AGE OR OLDER.

HEAD OF HOUSEHOLD AND CURRENT ADDRESS			
NAME	FIRST	LAST	MIDDLE INITIAL/MAIDEN NAME
MAILING ADDRESS	PO BOX / STREET		STREET ADDRESS
	CITY/TOWN		CITY/TOWN
	STATE/ZIP CODE		STATE/ZIP CODE
E-MAIL ADDRESS	@		
TELEPHONE NUMBERS	HOME	WORK	PAGER/CELL PHONE

HOUSEHOLD COMPOSITION							
List all persons who will be living in the household when you receive rental assistance. Use additional sheet if necessary.							
NAME	RELATION	SOCIAL SECURITY #	SEX	AGE	DATE OF BIRTH	DISABLED? Y or N	PLACE OF BIRTH
1	Head						
2							
3							
4							
5							
6							

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you or any household members used any other name(s) or social security number?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have full custody of your child(ren)? <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE EXPLANATION:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are there any absent household members who, under normal circumstances, would live with you, such as a family member away in military duty? EXPLANATION:



PETICIÓN DE AYUDA CONTINUADA

Programas de Alojamiento de la sección 8 - Paquete de Nueva certificación Anual

ESTA FORMA DEBE SER COMPLETAMENTE LLENADA, **FIRMADA Y DATADA POR TODOS LOS MIEMBROS DE FAMILIA DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD O MAYORES.**

CABEZA DE CASA Y DOMICILIO CORRIENTE

NOMBRE	NOMBRE	APELLIDO	INICIAL MEDIA / APELLIDO DE SOLTERA
DIRECCIÓN DE ENVÍO	CAJA POSTAL / CALLE	DIRECCIÓN DE LA CALLE	
	CIUDAD	CIUDAD	
	ESTADO/CÓDIGO POSTAL	ESTADO/CÓDIGO POSTAL	
CORREO ELECTRÓNICO	@		
NUMEROS DE TELÉFONO	CASA	TRABAJO	PAGINADOR/TELÉFONO CELULAR

COMPOSICIÓN DE CASA

Alista a todas las personas que vivirán en la casa cuando usted recibe la ayuda de alquiler. Use una hoja adicional si es necesario.

NOMBRE	RELACIÓN	# SEGURO DE SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DECAPACIDAD?	LUGAR DE NACIMIENTO
1	Cabeza					Sí o No	
2							
3							
4							
5							
6							

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o algún miembro de la casa utilizado algún otro nombre (s) o número de seguro social?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia de su hijo (s)? <input type="checkbox"/> NO APLICA EXPLICACIÓN:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay algún miembro de la casa ausente que, en circunstancias normales, viviría con usted, como un miembro de la familia de distancia en el servicio militar? EXPLICACIÓN:

HOUSEHOLD INCOME

Include all income or financial benefits anticipated for the next twelve months, received by **ALL** household members, regardless of age. Any 'Yes' for questions 1 – 16 requires a detailed explanation in the table below

YES	NO	Do YOU OR ANYONE IN YOUR HOUSEHOLD RECEIVE OR EXPECT TO RECEIVE INCOME FROM:																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	Employment wages or salaries? <i>Including overtime, tips, bonuses, commissions and payments received in cash</i>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	Self-employment?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	Unemployment benefits or worker's compensation?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	General Assistance, Temporary Aid to Needy Families (TANF) or other welfare benefits?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5a.	Child Support or alimony?																				
		5b.	<p><i>Any AWARDED amounts, collected to uncollected. We must count court-ordered support whether or not it is received, unless legal action has been taken to remedy. We must also count support that is not court-ordered, or received directly from the payer.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">YES</th> <th style="width: 5%;">NO</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">HOW IS THE SUPPORT RECEIVED?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 40%;">Child Support Enforcement Agency</td> <td>NAME OF AGENCY</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Court of Law</td> <td>NAME OF COURT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Directly from Individual</td> <td>NAME & ADDRESS OF PAYING PARENT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Other</td> <td>EXPLAIN:</td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	HOW IS THE SUPPORT RECEIVED?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child Support Enforcement Agency	NAME OF AGENCY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Court of Law	NAME OF COURT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Directly from Individual	NAME & ADDRESS OF PAYING PARENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other	EXPLAIN:
YES	NO	HOW IS THE SUPPORT RECEIVED?																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child Support Enforcement Agency	NAME OF AGENCY																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Court of Law	NAME OF COURT																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Directly from Individual	NAME & ADDRESS OF PAYING PARENT																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other	EXPLAIN:																				
		5c.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>If money is not actually received, are you taking legal action to remedy? Explain:</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If money is not actually received, are you taking legal action to remedy? Explain:																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If money is not actually received, are you taking legal action to remedy? Explain:																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.	Social Security, SSI or any other payments from the Social Security Administration?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.	Veteran's benefits, pensions, retirement benefits or annuities?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.	Severance payments?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.	Settlements, such as insurance settlements?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.	Disability, death benefits or life insurance dividends?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.	Regular gifts or payments from anyone outside the household?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.	Educational grants, scholarships, or other student benefits?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	Lottery winnings or inheritances?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	Payments from rental property, land contracts or other forms of real estate?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Any other income sources or types not listed above? (Go Fund Me, Stimulus payments, Blood donations – Biolife, Biomat, Griffols, GMAC, etc.)																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Do you or any household member expect any changes to your income in the next twelve (12) months?																				

QUESTION NUMBER	FAMILY MEMBER	INCOME SOURCE AND ADDRESS	AMOUNT
Ex: 1	John	XYZ Corp., 125 Main Street, Kennewick, WA	\$15,000 per year

INGRESOS DE CASA

Incluya todos los ingresos o los beneficios previstos para los próximos doce meses, recibida por miembros del grupo familiar, independientemente de su edad. Cualquier 'Sí' para las preguntas 1 a 16 requiere una explicación detallada en la tabla de abajo.

SÍ	NO	USTED O ALGUIEN EN SU CASA RECIBE O ESPERA RECIBIR INGRESOS DE:																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	¿Sueldos o salarios de empleo? <i>Incluso horas extras, propinas, bonos, comisiones y pagos recibidos en efectivo</i>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	¿Independiente empleado?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	¿Beneficios por desempleo o la compensación del trabajador?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	¿Ayuda General, Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF) u otros beneficios sociales?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5a.	¿Manutención de los hijos o pensión alimenticia?																				
			<i>Cualquier cantidad CONCEDIDA, coleccionada a disperso. Debemos contar con el apoyo ordenado por el tribunal si es o no es recibido, a menos que la demanda judicial haya sido tomada para remediar. También debemos contar el apoyo que no es pedido por tribunal, o recibido directamente del pagador.</i>																				
		5b.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">SÍ</th> <th style="width: 5%;">NO</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">¿COMO ES RECIBIDO EL SOPORTE?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Agencia de Ejecución de Apoyo de niño</td> <td>NOMBRE DE AGENCIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tribunal de Justicia de la Ley</td> <td>NOMBRE DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Directamente de Individual</td> <td>NOMBRE Y DOMICILIO DEL PARIENTE PAGANDO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Otro</td> <td>EXPLIQUE:</td> </tr> </tbody> </table>	SÍ	NO	¿COMO ES RECIBIDO EL SOPORTE?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agencia de Ejecución de Apoyo de niño	NOMBRE DE AGENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tribunal de Justicia de la Ley	NOMBRE DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Directamente de Individual	NOMBRE Y DOMICILIO DEL PARIENTE PAGANDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	EXPLIQUE:
SÍ	NO	¿COMO ES RECIBIDO EL SOPORTE?																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agencia de Ejecución de Apoyo de niño	NOMBRE DE AGENCIA																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tribunal de Justicia de la Ley	NOMBRE DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Directamente de Individual	NOMBRE Y DOMICILIO DEL PARIENTE PAGANDO																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	EXPLIQUE:																				
		5c.	¿Si el dinero realmente no es recibido, está tomando acciones legales para remediar? Explique:																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.	¿Seguridad social, SSI o algún otro pago de la Administración de Seguridad Social?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.	¿Beneficios del veterano, pensiones, beneficio del retiro o anualidades?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.	¿Pagos de separación?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.	¿Establecimientos, como establecimientos de seguros?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.	¿Invalidez, indemnizaciones por muerte o dividendos de seguro de vida?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.	¿Regalos regulares o pagos de alguien fuera de la casa?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.	¿Subvenciones de Educación, becas, u otros beneficios de estudiante?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	¿Ganancias de lotería o herencias?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	¿Ingresos de una propiedad de alquiler, contratos de tierras u otras formas de bienes inmuebles?																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	¿Cualquier otra fuente o tipos de ingresos no puestos en la lista? (Go Fund Me, pagos de estímulo, donaciones de sangre – Biolife, Biomat, Griffols, GMAC, etc.)																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	¿Usted o algún miembro de casa esperan algún cambio en sus ingresos en los próximos doce (12) meses?																				

PREGUNTA NUMERO	MIEMBRO DE	FUENTE Y DIRECCIÓN DE INGRESOS	CANTIDAD
Ej: 1	Juan	XYZ Corp., 125 Main Street, Kennewick, WA	\$15,000 por año

ZERO INCOME VERIFICATION

YES NO

Are YOU or any other ADULT family member claiming zero income? If yes, who:

ASSET INFORMATION

Include all assets held and the corresponding annual interest rate, dividends, and/or other income derived from the asset.
An asset is defined as a lump sum amount that you hold and currently have access to.

YES	NO	DO YOU OR ANYONE IN YOUR HOUSEHOLD HOLD:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Checking, savings and prepaid accounts? (Chime, Venmo, PayPal, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. CDs, money market accounts or treasury bills?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Stocks, bonds or other securities?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Trust funds?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Pensions, IRAs, KEOGH or other retirement accounts
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Cash on hand over \$500? Cash Apps?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Real estate, rental property, land contracts/contract for deed or other real estate holdings? <i>This includes your personal residence, mobile homes, vacant land, farms, vacation home or commercial property.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Personal property as an investment? <i>Including paintings, coin or stamp collections, artwork, collector or show cars and antiques.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. A safe deposit box? If yes, what are the contents? _____

QUESTION NUMBER	FAMILY MEMBER	ASSET	ACCOUNT NUMBER	TYPE	ANNUAL INTEREST RATE	AMOUNT
Ex: 1	John	HAPO Community Credit Union	123456	Savings	1%	273.78

PLEASE LIST EVERY VEHICLE USED BY THE HOUSEHOLD (MAKE, MODEL, YEAR, LICENSE PLATE):

STUDENT INFORMATION

NOT APPLICABLE

YES NO

If any adult (18 years of age or older) in the household currently a full time student or planning to be one within the next Twelve (12) months? If Yes; list the name of the student, the school, complete the student eligibility checklist and provide all the required documents.

STUDENT NAME

NAME OF SCHOOL

Currently Enrolled? YES NO

VERIFICACIÓN DE CERO INGRESOS

SÍ **NO**
 ¿Es USTED o algún otro miembro de familia ADULTO que reclama cero ingresos? Si sí, quien:

INFORMACIÓN DE ACTIVO

Incluya todos los activos y la correspondiente tasa de interés anual, los dividendos y / u otros ingresos derivados del activo.
 Un activo se define como una suma fija que usted tiene y que actualmente tienen acceso.

SÍ	NO	USTED O ALGIEN EN SU HOGAR TIENE:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Cuenta de cheques, de ahorros o cuentas prepagadas? (Chime, Venmo, PayPal, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿CDs, cuentas del mercado monetario o bonos de tesorería?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Acciones, bonos u otros valores?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Fondos fiduciarios?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Pensiones, IRAs, KEOGH u otras cuentas de retiro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Dinero en efectivo más de \$500? Cash Apps?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Bienes inmuebles, propiedad de alquiler, terrenos/contrato de escritura u otros bienes inmuebles? <i>Esto incluye su residencia personal, casas móviles, terrenos baldíos, granjas, casas de alquiler o de propiedad comercial.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Efectos personales como una inversión? <i>Incluso pinturas, moneda o colecciones de sello, ilustraciones, coleccionista o coches de espectáculo y antigüedades.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Una caja fuerte? ¿Si sí, cuáles son los contenidos? _____

PREGUNTA NUMERO	MIEMBRO DE FAMILIA	ACTIVO	NUMERO DE CUENTA	TIPO	TASA DE INTERÉS ANUAL	CANTIDAD
Ej: 1	Juan	Kitsap Bank	123456	Ahorros	1%	273.78

ANOTE CADA VEHÍCULO QUE USAN EN SU HOGAR (MARCA, MODELO, AÑO, PLACA DEL VEHÍCULO):

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NO APLICA

SÍ **NO**
 ¿Si algún adulto (18 años mayores de edad o más viejos) en la casa es actualmente un estudiante a tiempo completo o planeando ser uno dentro de los próximos Doce (12) meses? Si Sí; escribe el nombre del estudiante la escuela, complete la lista de elegibilidad de estudiantate y provee los documentos requeridos.

NOMBRE DE ESTUDIANTE

NOMBRE DE ESCUELA

¿Actualmente Matriculado? SÍ NO

Medical Expenses Non Reimbursed

If you are elderly and/or disabled and pay all or part of your medical expenses, you may be entitled to an allowance to offset your portion of the rent. Please list the pharmacies, doctors, dentists, hospitals, medical equipment suppliers and insurance providers which *you* must make payment to.

NOT APPLICABLE

DOCTORS, DENTISTS AND HOSPITALS			
PHARMACIES			
MEDICAL EQUIPMENT SUPPLIERS			
HEALTH/ MEDICAL INSURANCE		PREMIUM	MTHLY/QTRLY/YEARLY

CHILD CARE EXPENSES

List both your weekly out of pocket costs and the amount provided from other sources.
Other sources can include SRS, welfare, or a parent not part of the household

NOT APPLICABLE

NAME AND ADDRESS	YOUR WEEKLY COST:
CHILD CARE PROVIDER	
	OTHER SOURCES PAYMENT:

I certify that the information given on this application is accurate and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that false statements or information is punishable under Federal Law. I also understand that false statements or information are grounds for denial of my application or termination of my assistance.

Signature of Head of Household

Date

Signature of Spouse/Co-Head/Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

Gastos Médicos No Reembolsados

Si usted es anciano y/o minusválido and y paga todo o parte de sus gastos médicos, usted puede tener derecho a una indemnización para porción de la renta. Aliste compensar la las farmacias, doctores, dentistas, hospitales, proveedores de equipo médico y proveedores de seguridad que *usted* paga.

NO APLICA

DOCTORES DENTISTAS Y HOSPITALES			
FARMACIAS			
PROVEEDORES DE EQUIPO MÉDICO			
SEGURO MÉDICO/ DE SALUD		PREMIO	MENSUAL/TRIMESTRAL /ANUAL

GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS

Lista tanto el cabo semanalmente de los gastos de bolsillo y de la cantidad prevista de otras fuentes.
Otras fuentes pueden incluir SRS, el bienestar, o a padre no parte de la casa.

NO APLICA

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS	NOMBRE Y DOMICILIO	SU COSTO SEMANAL:
		OTROS FUENTES DE PAGO:

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/ Otro Adulto

Fecha

Firma de Otro Miembro Adulto de Casa

Fecha

Firma de Otro Miembro Adulto de Casa

Fecha

Applicant/Participant Certification

GIVING TRUE AND COMPLETE INFORMATION

I certify that all the information provided on household composition, income, family assets, and items for allowances and deductions provided on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

REPORTING CHANGES IN INCOME OR HOUSEHOLD COMPOSITION

I know I am required to report within eight (8) business days of the date of any change, in writing, those changes in income and household size, including when a person moves in or out of the unit. I understand the rules regarding additions to the household and guests/visitors and when I must report any one who is staying with me.

REPORTING ON PRIOR HOUSING ASSISTANCE

I certify that I disclosed where I received any previous Federal housing assistance and whether or not any money is owed. I certify that for this previous assistance, I did not commit any fraud, knowingly misrepresent any information, **or vacate the unit in violation of the lease.**

NO DUPLICATE RESIDENCE OR ASSISTANCE

I certify that the house or apartment will be my principal residence and that I will not obtain duplicate Federal housing assistance while I am in this current program. I will not live anywhere else without notifying the Housing Authority immediately in writing. I will not sublease or assign my assisted residence.

COOPERATION

I know I am required to cooperate in supplying all information needed to determine my eligibility, level of benefits, or verify my true circumstances. ***Cooperation includes*** attending pre-scheduled meetings, HQS Inspections, and completing/signing needed forms. I understand that failure or refusal to do so may result in delays, termination of assistance and/or termination of tenancy.

CRIMINAL AND ADMINISTRATIVE ACTIONS FOR FALSE INFORMATION

I understand that, if I knowingly supply false, incomplete or inaccurate information that it is punishable under Federal or State criminal law. I understand that knowingly supplying false, incomplete or inaccurate information is grounds of termination of housing assistance and/or termination of tenancy.

FEDERAL PRIVACY ACT STATEMENT;

I certify that I have read and understand the Privacy Act statement (HUD Form 9886)

Signature of Head of Household

Date

Signature of Spouse/Co-Head/Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

Certificación de Solicitante/Participante

DANDO INFORMACIÓN CORRECTA Y COMPLETA

Yo certifico, que toda la información proporcionada sobre la composición de familia, ingresos, bienes familiares y los artículos para descuentos y deducciones en esta forma es correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

REPORTANDO CAMBIOS DE INGRESO O COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

Sé que debo reportar cualquier cambio, por escrito y dentro de ocho (8) días de negocio, los cambio de ingreso y tamaño de la familia, incluso cuando una persona se mude dentro o fuera de la unidad. Entiendo las reglas con relación a adiciones a la familia e invitados/visitantes y cuando debo de reportar que alguien se está quedando conmigo.

REPORTANDO SOBRE ASISTENCIA DE ALOJAMIENTO ANTERIOR

Certifico que he dado información de donde he recibido asistencia Federal de Alojamiento y si debo o no cualquier cantidad de dinero. Certifico que para esa asistencia previa no cometí fraude, conscientemente mal interprete cualquier información, o desaloje la unidad en violación al contrato de arriendo.

NO DUPLICAR RESIDENCIA O ASISTENCIA

Yo certifico que la casa o apartamento va a ser mi residencia principal y que no voy a conseguir duplicados de asistencia federal de vivienda mientras estoy en este programa actual. No viviré en ningún otro lugar sin notificar a la Autoridad de Alojamiento inmediatamente por escrito. No voy a subarrendar o ceder mi residencia asistida.

COOPERACIÓN

Yo sé que debo de cooperar en suministrar toda la información que se necesaria para determinar mi elegibilidad, nivel de beneficios, o verificar mis verdaderas circunstancias. La cooperación incluye atender juntas previstas, Inspecciones de HQS y completar/firmar las formas necesarias. Entiendo que el fracaso o negligencia de hacer esto puede resultar en el retraso, terminación de asistencia y/o terminación del arrendamiento.

ACCIONES CRIMINALES Y ADMINISTRATIVAS PARA INFORMACIÓN FALSA

Entiendo que, si se me suministran a sabiendas información falsa, incompleta o inexacta que es punible bajo las leyes federales o del Estado del Derecho penal. Entiendo que a sabiendas, el suministro de información falsa, incompleta o inexacta es motivo de terminación de la asistencia de vivienda y / o la terminación del arrendamiento.

DECLARACIÓN DEL ACTO FEDERAL DE PRIVACIDAD;

Certifico que he leído y entiendo la declaración del Acto de Privacidad (HUD Form 9886)

Firma de Cabeza de Casa

Fecha

Firma de Co-Cabeza/Cónyuge/Otro Adulto

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

APPLICANT/TENANT CERTIFICATION OF CHILD CARE EXPENSES

NOT APPLICABLE

Reason for care (check one)

_____ **Child Care enables the following family member to work or look for work:**

Occupation: _____

Employer, address & phone number: _____

Hours worked: _____ per _____ week, _____ month

_____ **Child Care enables a family member to attend vocational or academic courses:**

Member's name: _____

Course: _____

Institution name, address & phone #: _____

Hours at school: _____

Child care costs are not paid to anyone living in our household; they are paid to:

Name: _____

Address & Phone #: _____

Certification:

I/We hereby certify that the information provided regarding child care represent true and accurate statements regarding our household circumstances related to child care and that:

- The Child/children cared for are under 13 years of age.
- No adult household member can provide care during the hours care is required.
- I/We do not receive reimbursement for child care costs from any agency or individual outside the household.
- I/We recognize that the above statements are subject to third-party verification.

Signature of Head of Household

Date

Signature of Spouse/Co-Head/Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

CERTIFICACIÓN DE GASTOS DE CUIDADO INFANTIL DE SOLICITANTE/ARRENDATARIO

NO APLICA

Razón por el Cuidado (marque uno)

_____ **Cuidado de los niños permite el miembro de familia trabajar o buscar trabajo:**

Ocupación: _____

Empleador, domicilio y número de teléfono: _____

Horas trabajados: ____ por ____ semana, ____ mes

_____ **Cuidado de los niños permite el miembro de familia asistir a cursos de formación profesional o académica:**

Nombre de miembro: _____

Curso: _____

Nombre de Institución, domicilio y # teléfono: _____

Horas en la escuela: _____

Los costos de cuidado de niños no se les paga a alguien que vive en nuestra casa; son pagadas a:

Nombre: _____

Domicilio y # teléfono: _____

Certificación:

Yo/Nosotros por la presente certifico que la información proporcionada con respecto al cuidado infantil representan enunciados verdaderos y precisos en relación con nuestras circunstancias del hogar relacionadas con el cuidado infantil y que:

- El/los niño/ niños cuidados son menor de edad de 13 años.
- Ningún miembro de casa adulto puede proveer cuidado durante las horas que se requiere cuidado.
- Yo/Nosotros no recibimos reembolsos por gastos de cuidado de niños de cualquier agencia o individual fuera de casa.
- Yo/Nosotros reconocemos que las declaraciones arriba son sujetos a verificación tercero.

Firma de Cabeza de Casa

Fecha

Firma de Co-Cabeza de Casa/Cónyuge/Otro Adulto

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha



STUDENT ELIGIBILITY CHECKLIST

(For students 18 years and older)

Head of Household: _____

Student Name: _____ Not applicable

1. Is the student in your home 18 years or older? Yes: Go to question 2 No: STOP

2. If so what type of student is in your household?

High School Institution of Higher Education Other

Name of School/Institution of Higher Education

If other list program: GED, etc.

3. What is your/their current student status?

Part Time Student Full Time Student

4. Did you/student provide **all** of the following **required** documents:

NOTE: A higher education student or other program student **must provide all of the following documents to be classified as a student. High school students only need to provide verification of student status.**

Verification of Being a Part Time or Full Time Student (National Clearing House Cert/Letter from Registrar's office)

Financial Aid Award Letter, Loans, Scholarships, Grants, etc. for the current school year

Cost of all Tuition, Fees, Charges, Expenses, etc.

Current and Future Class Schedules for Current School Year

5. Did you/student live with a parent/guardian who receives/applying for the Housing Choice Voucher?

Yes: STOP. See **Result A** No: Go to question 6

6. Are you/the student at least 24 years of age with at least 1 dependent child?

Yes: STOP. See **Result B** No: Go to question 7

7. Does the student meet any of the following criteria?

- At least 24 years old
- Veteran
- Married
- At least 1 dependent child

Yes: STOP. See **Result C** No: Go to question 8

8. Does the student qualify as an "independent student" as provided in PHA policies?

Yes: STOP. See **Result D** No: Go to question 9

9. Do the student's parents meet income eligibility requirements for the area in which they reside?

NOTE: Follow PHA policies regarding examination of income for one or both parents.

Yes: STOP. See **Result E** No: Deny admission or terminate assistance

I declare under penalties of perjury that I am providing all required documentation and the above answers/statements are true and complete.

Student Signature

Date

Head of Household Signature

Date



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

Cabeza del Hogar: _____

Nombre del Estudiante: _____

No Me Aplica

1. ¿El estudiante de su hogar es de 18 años o mayor? Si: Pase a la pregunta número 2 No: ALTO
2. ¿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. _____

3. ¿Cuál es el estado actual del estudiante?
 Estudiante de medio tiempo Estudiante de tiempo completo
4. ¿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
5. ¿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
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
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
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
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: _____

**SECTION 8 HOUSING CHOICE VOUCHER
FAMILY OBLIGATIONS & OCCUPANCY RULES
CERTIFICATION**

A. *Supplying required information*

- a. The family must supply any information that the KHA or HUD determines is necessary in the administration of the program, including submission of required evidence of citizenship or eligible immigration status. "Information" includes any requested certification, release or other documentation.
- b. The family must supply any information requested by the KHA or HUD for use in a regularly scheduled reexamination or interim reexamination of family income and composition in accordance with HUD requirements.
- c. The family must report any changes in household income, expenses and composition, in **writing**, within **eight (8) business days** of the date of the change.
- d. Changes must be reported by the **20th** of the month for the change to be effective the first of the month following that in which the change is reported. If a decrease is reported after the 20th of the month, the decrease in tenant rent will be effective the first of the month following the upcoming month (i.e. if the change is reported July 25 then the decrease in rent will be effective September 1
- e. Any information supplied by the family must be true and complete.
- f. If a family misses a scheduled appointment with the KHA, the KHA will automatically reschedule. If a family misses two (2) appointments, they will be subject to termination.

B. *HQS*

- a. The family is responsible for an HQS breach caused by the family.
- b. The family must allow the KHA to inspect the unit at reasonable times and after reasonable notice. KHA defines reasonable notice as forty eight (48) hours in non-emergent cases.

C. *Violation of lease.*

- a. The family may not commit any serious or repeated violation of the lease.
- b. Nonpayment of rent is considered a serious lease violation.
- c. Participants are responsible for all activities and actions of any guests.

D. *Family notice of move or lease termination.*

- a. The family must properly notify the KHA and the owner before the family moves out of the unit, or terminates the lease.

E. *Owner eviction notice.*

- a. The family must promptly give the KHA a copy of any owner eviction notice.

F. *Use and occupancy of unit.*

- a. The composition of the family residing in the unit must be approved by the KHA and may include only those authorized to be residing in the household by the KHA.
- b. The family must request written KHA approval to add any other family member as an occupant of the unit.
- c. No one other than a member of the approved household listed on the lease shall use the address of the assisted unit for mailing purposes.
- d. Any guests in the unit may not stay longer than fourteen (14) consecutive days, or no more than thirty (30) cumulative days in any given year.

G. *Family Composition*

- a. The composition of the assisted family must be approved by the KHA. Any family wishing to add additional members to the lease (household) must obtain KHA **written authorization in advance**.

**VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA DE SECCIÓN 8
CERTIFICACIÓN DE
OBLIGACIONES FAMILIARES & REGLAS DE OCUPACIÓN**

A. El suministro de información requerida.

- a. La familia debe proporcionar toda la información que el KHA o HUD considere necesaria en la administración del programa, incluida la presentación de las pruebas necesarias de su ciudadanía o estado migratorio. La “información” incluye cualquier certificación solicitada, la liberación u otra documentación.
- b. La familia debe proporcionar cualquier información solicitada por la KHA o HUD para su uso en un nuevo examen regular o nuevo examen provisional de los ingresos familiares y la composición conforme con los requisitos de HUD.
- c. La familia debe reportar cualquier cambio en los ingresos del hogar, gastos y la composición, **por escrito**, dentro de los **ocho (8) días de negocio** siguientes a la fecha del cambio.
- d. Los cambios deben ser reportados por el **20** del mes para que el cambio sea efectivo el primero del mes próximo de cuando fue reportado el cambio. Si una disminución es reportado después del 20 del mes, la reducción en la renta del inquilino se hará efectiva el primer día del mes siguiente al mes próximo (es decir, si el cambio se informó el 25 de julio luego la disminución de la renta será efectiva el 1 de septiembre).
- e. Toda la información facilitada por la familia debe ser verdadera y completa.
- f. Si una familia falta una cita programada con el KHA, el KHA automáticamente fijará una nueva fecha. Si una familia falta dos (2) citas, serán objeto a la rescisión.

B. HQS.

- a. La familia es responsable de una infracción HQS causado por la familia.
- b. La familia debe permitir que el KHA inspecciona la unidad en tiempos razonables y después de un plazo razonable. KHA define como un aviso razonable cuarenta y ocho (48) horas en casos no emergentes.

C. Violación del contrato de arrendamiento.

- a. La familia no puede cometer cualquier violación grave o reiterada del contrato de arrendamiento.
- b. Falta de pago del alquiler se considera una violación al contrato grave.
- c. Los participantes son responsables de todas las actividades y acciones de cualquier invitado.

D. Aviso de mudanza o terminación de arriendo familiar.

- a. La familia debe notificar adecuadamente al KHA y el propietario antes de que la familia se muda de la unidad o termine el contrato de arrendamiento con una notificación al propietario.

E. Aviso del propietario de desalojo.

- a. La familia debe dar de inmediato al KHA una copia de cualquier aviso de desalojo propietario.

F. Uso y ocupación del unidad.

- a. La composición de la familia viviendo en la unidad debe ser aprobado por el KHA y puede incluir solo aquellos autorizado a vivir en la casa por el KHA.
- b. La familia debe solicitar por escrito aprobación del KHA para añadir cualquier otro miembro de familia como ocupante de la unidad.
- c. Nadie además de un miembro de la casa aprobada puesta en una lista en el contrato de arrendamiento usará el domicilio de la unidad asistida por los propósitos del correo.
- d. Cualquier invitado en la unidad no puede quedarse más que catorce (14) días consecutivos o no más que treinta (30) días cumulativos por cada año.

- All persons the age of 18 or older will be required to pass a criminal background check and provide all information necessary to the KHA.
- b. The family must promptly notify the KHA if any family member no longer resides in the unit.

H. Absence from unit.

- a. The family must supply any information or certification requested by the KHA to verify that the family is living in the unit, or relating to family absence from the unit.
- b. The family must promptly notify the KHA within eight (8) business days of the absence from the unit.

I. Fraud and other program violation.

- a. The members of the family must not commit fraud, bribery or any other corrupt or criminal act in connection with the programs.

J. Criminal Activity

- a. The members of the family may not engage in drug-related criminal activity, or violent criminal activity, or other activity that threatens the right to peaceful enjoyment of the premises.

I, _____ certify that I have read and understand the Family Obligation and Occupancy Rules for the Section 8 Housing Choice Voucher Program. I understand that violation of any of the obligations and/or policies contained in my Lease agreement, or listed on the Housing Choice Voucher are cause for termination of my Section 8 assistance.

Signature of Head of Household

Date

Signature of Spouse/Co-Head/Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

Signature of Other Adult

Date

G. Composición de Familia.

- a. La composición de la familia asistida debe ser aprobada por el KHA. Cualquier familia que desea añadir a miembros adicionales al arriendo (casa) debe obtener KHA **autorización escrita de antemano.**
 - *Se requerirá que todas las personas de 18 años o mayores pasen una verificación criminal y proporcionan toda la información necesaria al KHA.*
- b. La familia debe notificar de inmediato al KHA si algún miembro de familia ya no reside en la unidad.

H. Ausencia de la unidad.

- a. La familia debe suministrar cualquier información o certificación solicitada por el KHA para verificar que la familia vive en la unidad o acerca de la ausencia de familia de la unidad.
- b. La familia debe informar puntualmente al KHA dentro de ocho (8) días de negocio de la ausencia de la unidad.

I. Fraude y otra violación de programa.

- a. Los miembros de la familia no deben cometer el fraude, el soborno o alguno otro acto delictivo o corrupto en relación a los programas.

J. Actividad Criminal.

- a. Los miembros de la familia pueden no engranar en actividad criminal relacionada con las drogas o actividad criminal violenta u otra actividad que amenaza el derecho al placer pacífico de las premisas.

Yo, _____ certifico que he leído y entiendo las Reglas de Ocupación y Obligación de Familia para el Programa de Vale de Elección de Vivienda de Sección 8. Entiendo que la violación de cualquiera de las obligaciones y/o políticas contenidas en mi acuerdo de Arriendo o puesto en la lista del Vale de Elección de Vivienda es la causa para la terminación de mi ayuda de Sección 8.

_____ Firma de Cabeza de Casa	_____ Fecha
_____ Firma de Co-Cabeza de Casa/Cónyuge/Otro Adulto	_____ Fecha
_____ Firmad de Otro Adulto	_____ Fecha
_____ Firma de Otro Adulto	_____ Fecha

DISCLOSURE TO APPLICANTS AND PROGRAM PARTICIPANTS WITH DISABILITIES

Kennewick Housing Authority's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize our housing programs and related services. KHA will consider requests for Reasonable Accommodations from persons with disabilities in order to afford them an equal opportunity to obtain the same result, to gain the same benefit or to reach the same level of achievement as those who do not have disabilities.

This information is being collected to allow the Housing Authority to comply with civil rights record keeping requirements. This information will not be used in making any decision about an applicant's receipt of housing.

Are you or any other members of your household disabled? Yes _____ No _____

If yes, which member(s) are disabled?

Do you or any member of your family require any of the following accommodations?

- Not Applicable**
- Copy mail to Case Manager
- Additional Bedroom Subsidy
- Large type documents
- Live-in aide/caregiver
- Other _____

The Kennewick Housing Authority complies with the Fair Housing Act and provides reasonable accommodations to people with disabilities.

Note: All information you provide will be kept confidential and be used only to help you have an equal opportunity to participate in KHA's programs.

The EEOC's guidance on reasonable accommodations under the Americans with Disabilities Act states, a certifying agency and/or Housing Authority may require documentation "from an appropriate health care or rehabilitation professional". The appropriate professionals include, for example, doctors, (including psychiatrist), psychologists, physical therapists, vocational rehabilitation specialists, and licensed mental health professionals.

If you require such an accommodation/modification, please request a Request for Reasonable Accommodation Modification Form.

Signature of Head of Household

Date

Signature of Spouse/Co-Head/Other Adult

Date

Other Adult

Date

Other Adult

Date

REVELACION A SOLICITANTES Y PARTICIPANTES DEL PROGRAMA CON DISCAPACIDADES

Políticas y prácticas de las Autoridades de Alojamiento de Kennewick son diseñadas para proporcionar aseguramientos que darán a personas con la invalidez acomodaciones razonables, sobre la petición, de modo que ellos puedan tener acceso totalmente y utilizar nuestros programas de alojamiento y servicios relacionados. El KHA considerará peticiones de Acomodaciones Razonables de personas con la invalidez a fin de permitirles una igualdad de oportunidades para obtener el mismo resultado, ganar la misma ventaja o alcanzar el mismo nivel del logro que aquellos que no tienen la invalidez.

Esta información está siendo coleccionada para permitir que las Autoridades de Alojamiento para cumplir con el registro de los derechos civiles de mantenimiento de los requisitos. Esta información no será utilizada en tomar cualquier decisión sobre la recepción de un solicitante del alojamiento.

¿Son usted o algún otro miembro de su casa minusválida? Sí _____ No _____

¿Si sí, qué miembro (s) es minusválido?

¿Usted o algún miembro de su familia requieren cualquiera de las acomodaciones siguientes?

- No Aplica**
- Copia electrónico a Gerente de Caso
- subsidio de dormitorio adicional
- Documentos de letra grande
- Asistente/cuidador internado
- Otro _____

Las Autoridades de Alojamiento de Kennewick cumplen con el Acto de Alojamiento Justo y proporcionan acomodaciones razonables a la gente con la invalidez.

Aviso: Toda la información que usted proporciona será guardada confidencial y será usado sólo para ayudarle a tener una igualdad de oportunidades para participar en los programas del KHA.

La dirección del EEOC en acomodaciones razonables bajo el Acto de los americanos con Invalidez declara, una agencia de certificación y/o las Autoridades de Alojamiento pueden requerir la documentación “de una asistencia médica apropiada o profesional de rehabilitación”. Los profesionales apropiados incluyen, por ejemplo, doctores, (incluso psiquiatra), psicólogos, fisioterapeutas, especialistas de rehabilitación profesionales y profesionales de salud mental licenciados.

Si usted requiere tal acomodación/modificación, por favor pide la forma Petición de Acomodación/Modificación Razonable.

Firma de Cabeza de Casa

Fecha

Co-Cabeza/Cónyuge/ Otro Adulto

Fecha

Otro Miembro Adulto de Casa

Fecha

Otro Miembro Adulto de Casa

Fecha



Request for Reasonable Accommodation/Modification

If you, or a member of your household, has a disability, and would like to ask the Housing Authority of the City of Kennewick (KHA) for an accommodation to its rules or practices or in Public Housing Program to make a modification to his or her apartment for that person to have equal use and access to KHA programs, please complete this form and return it to KHA.

Check all items that apply and explain fully. Use the other side of this form if you need more space. If you cannot fill out this form yourself, you may have someone assist you.

Please keep copies of all documents that you submit to your housing provider.

Head of Household: _____ NOT APPLICABLE
Current Address: _____
Phone: _____

The person(s) who has a disability requiring a reasonable accommodation and/or modification is:

Myself Household Member: _____

Requester Status:

- 1. I am disabled.
- 2. My disability affects or limits my activities in the following ways:

- 3. I need the following accommodation or modification because of my disability:

Please provide the name, telephone number and address of a medical or social service professional who can verify your request for reasonable accommodation/ modification:

Name: _____
Address: _____
Telephone: _____
Fax: _____

I give my permission for the Kennewick Housing Authority to verify my request for reasonable accommodation with the medical/social service professional listed above.

Signature (of person requiring accommodation) *Print Name* *Date*



Petición de Acomodación/Modificación Razonable

Si usted, o un miembro de su casa, tienen una invalidez, y les gustara preguntar a las Autoridades de Alojamiento de la Ciudad de Kennewick (KHA) para un alojamiento a sus reglas o prácticas o en el Programa de Alojamiento Público hacer una modificación a su apartamento para aquella persona para tener el uso igual y el acceso a programas KHA, por favor complete esta forma y devuélvalo a KHA.

Compruebe todos los artículos que aplican y explican totalmente. Use el otro lado de esta forma si usted necesita más espacio. Si usted no puede llenar esta forma usted mismo, usted puede hacer que alguien le asista.

Por favor guarde copias de todos los documentos que usted presenta a su abastecedor de alojamiento.

Cabeza de Caza: _____
Dirección Corriente: _____
Teléfono: _____

La persona (s) que tiene una invalidez que requiere una acomodación razonable y/o modificación es:
Yo mismo
Un miembro de casa: _____

Situación del peticionario:

- 1. Soy minusválido.
2. Mi invalidez afecta o limita mis actividades de los modos siguientes:

Blank lines for details of situation 2.

- 3. Necesito el acomodación siguiente o la modificación debido a mi invalidez:

Blank lines for details of situation 3.

Por favor proporcione el nombre, el número de teléfono y la dirección de un profesional de servicio médico o social que puede verificar su petición de la acomodación razonable/modificación:

Nombre:
Dirección:
Teléfono:
Fax:

Doy mi permiso para las Autoridades de Alojamiento de Kennewick para verificar mi petición de la acomodación razonable con el profesional de servicio médico/social puesto en una lista encima.

Firma (de persona que requiere acomodación) Nombre de Letra Fecha

Kennewick Housing Authority (KHA)
Section 8 Housing Programs-English
“LANGUAGE SERVICES SURVEY”
“I Speak Card/Form”
KHA LEP Policy

The Kennewick Housing Authority (KHA) is required under its Limited English Proficiency (LEP) Policy and Federal Register (Vol. 68, No. 244, December 19, 2003) to determine the number of households who may need language services (interpretation & translation) for persons/households who have “limited proficiency” in the English language. To determine the number households and type of LEP services KHA needs to provide for its applicants, participants and the general public, KHA must obtain the necessary information that is provided in this “Language Services Survey/I Speak Card/Form”. Please answer each of the questions below regarding your household.

1. What is the “**primary**” language used in your household? (Check “one” language only)
 English Spanish Russian Ukraine Arabic Karen
 Farsi Burmese Vietnamese Somali : Other: _____

2. What languages are “**spoken**” in your household? (Check “one” language only)
 English Spanish Russian Ukraine Arabic Karen
 Farsi Burmese Vietnamese Somali : Other: _____

3. Does at least one **adult** (a person 18 years of age or older) member of your household read and write English? _____ Yes _____ No

4. What language would you like KHA’s **vital documents** (forms, etc.) to be **printed** in for your household? (Check “one” language only)
 English Spanish Russian Ukraine Arabic Karen
 Farsi Burmese Vietnamese Somali Other: _____

Head of Household “must” provide the following information for their household. The information in this form will be maintained in your applicant file and in accordance with KHA’s Limited English Proficiency (LEP) Plan/Policies.

Print First & Last Name: _____

Address: _____

City, State, ZIP Code: _____ Phone #: _____

☞ _____
 Signature – Head of Household

☞ _____
 Date

“If you cannot read this Survey Form in English, contact the KHA for a translated version or interpretation assistance”. Contact KHA at (509) 586-8576, TTY: (509) 586-4460.

Date Stamp/Time/Staff Initials Area

---- **KHA STAFF USE ONLY** ----

Form Received By (Staff Name/Title): _____

Original In Application File - Date: _____ Staff Initials: _____

Copy to Executive Director - Date: _____ Staff Initials: _____

Kennewick Housing Authority (KHA)

Programa de Sección 8 - Español

“ESTUDIO DE SERVICIOS DE IDIOMA”

“Tarjeta/Forma de Yo Hablo”

Las Autoridades de Alojamiento de Kennewick (KHA) están requeridos bajo su Póliza de Habilidad de Ingles Limitada (LEP) y el Registro Federal (volumen 68, No 244, 19 de Diciembre de 2003) para determinar el número de hogares quiénes puede necesitar servicios de idioma (interpretación y traducción) para personas/hogares que tienen la “habilidad limitado” en el idioma de inglés. Para determinar el número de hogares y el tipo de servicios LEP que el KHA tiene que asegurar a sus candidatos, participantes y el gran público, KHA debe obtener la información necesaria que es proporcionada en este “Estudio de Servicios de Idioma/Tarjeta/Forma de Yo Hablo. Por favor conteste cada una de las preguntas debajo en respecto a su hogar.

1. ¿Qué es el idioma **“principal”** usado en su hogar? (Marque “una” idioma solamente)
 Ingles Español Ruso Ucrania Árabe Karen
 Farsi Birmano Vietnamita Somalí Otro: _____
2. ¿Qué idioma **“habla”** en su hogar? (Marque “una” idioma solamente)
 Ingles Español Ruso Ucrania Árabe Karen
 Farsi Birmano Vietnamita Somalí Otro: _____
3. ¿Al menos un miembro **adulto** (una persona 18 años o mayores de edad) de su hogar lee y escribe en inglés? _____ Sí _____ No
4. ¿En qué idioma le gustaría a usted que los **documentos vitales** del KHA (formas, etc.) sean **imprimiros** para su hogar? (Marque “una” idioma solamente)
 Ingles Español Ruso Ucrania Árabe Karen
 Farsi Birmano Vietnamita Somalí Otro: _____

La cabeza del Hogar “debe” proporcionar la información siguiente para su hogar. La información en esta forma será mantenida en su Archivo de Aplicación y de acuerdo con la Plan/Pólizas de Habilidad de Ingles Limitada (LEP) del KHA.

Imprime su Primer Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ # de Teléfono: _____

☞ _____
Firma – Cabeza de Hogar

☞ _____
Fecha

“If you cannot read this Survey Form in English, contact the KHA for a translated version or interpretation assistance”. Contact KHA at (509) 586-8576, TTY: (509) 586-4460.

Date Stamp/Time/Staff Initials Area

--- **KHA STAFF USE ONLY** ---

Form Received By (Staff Name/Title): _____

Original In Application File – Date: _____ Staff Initials: _____

Copy to Executive Director - Date: _____ Staff Initials: _____

Authorization for the Release of Information/Privacy Act Notice to the U.S. Department of Housing and Urban Development and the Housing Agency/Authority (HA)

U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Public and Indian Housing

PHA or IHA requesting release of information (full address, name of contact person, and date):

Housing Authority City of Kennewick
1915 W. 4th Pl.
Kennewick, WA 9936

Authority: Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993. This law is found at 42 U.S.C. 3544. This law requires you to sign a consent form authorizing: (1) HUD, and the Housing Agency/Authority (HA) to request verification of salary and wages from current or previous employers; (2) HUD and the HA to request wage and unemployment compensation claim information from the state agency responsible for keeping that information; and (3) HUD to request certain tax return information from the U.S. Social Security Administration and the U.S. Internal Revenue Service.

Section 104 of the Housing Opportunity and Modernization Act of 2016. The relevant provisions are found at 42 U.S.C. 1437n . This law requires you to sign a consent form authorizing the HA to request verification of any financial record from any financial institutions as defined in the Right to Financial Privacy Act (12 U.S.C. 3401)), whenever the HA determines the record is needed to determine an applicant's or participant's eligibility for assistance or level of benefits.

Purpose: In signing this consent form, you are authorizing HUD and the above-named HA to request income information from the sources listed on the form. HUD and the HA need this information to verify your household's income, in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. HUD and the HA may participate in computer matching programs with these sources in order to verify your eligibility and level of benefits.

Uses of Information to be Obtained: HUD is required to protect the income information it obtains in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD may disclose information (other than tax return information) for certain routine uses, such as to other government agencies for law enforcement purposes, to Federal agencies for employment suitability purposes and to HAs for the purpose of determining housing assistance. The HA is also required to protect the income information it obtains in accordance with any applicable State privacy law. HUD and HA employees may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of the income information that is obtained based on the consent form.

Private owners may not request or receive information authorized by this form.

Who Must Sign the Consent Form: Each member of your family who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the family or whenever members of the family become 18 years of age.

Persons who apply for or receive assistance under the following programs are required to sign this consent form:

Public Housing
Housing Choice Voucher
Section 8 Moderate Rehabilitation

Failure to Sign Consent Form: Your failure to sign the consent form may result in the denial of eligibility or termination of assisted housing benefits, or both. Denial of eligibility or termination of benefits is subject to the HA's grievance procedures and Section 8 informal hearing procedures.

Revocation of consent: If you revoke consent, the PHA will be unable to verify your information, although the data matches between HUD and other agencies will continue to automatically occur in the Enterprise Income Verification (EIV) System if the family is not terminated from the program.

Sources of Information to be Obtained

State Wage Information Collection Agencies. (This consent is limited to wages and unemployment compensation I have received when I have received assisted housing benefits.)

U.S. Social Security Administration (HUD only) (This consent is limited to the wage and self-employment information and payments of retirement income as referenced at Section 6103(l)(7)(A) of the Internal Revenue Code.)

U.S. Internal Revenue Service (HUD only) (This consent is limited to unearned income [i.e., interest and dividends].)

Information may also be obtained directly from: (a) current and former employers concerning salary and wages; and (b) financial institutions as defined in the Right to Financial Privacy Act (12 U.S.C. 3401), whenever the HA determines the record is needed to determine an applicant's or participant's eligibility for assistance or level of benefits. I understand that income information obtained from these sources will be used to verify information that I provide in determining eligibility for assisted housing programs and the level of benefits. Therefore, this consent form only authorizes release directly from employers and financial institutions of information.

Autorización para la divulgación de información / Notificación de la Ley de privacidad (Privacy Act) para el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU y el organismo o la autoridad de vivienda

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU., Oficina de Vivienda Pública y Nativos

Autoridad de vivienda pública o nativos (PHA o IHA, por sus siglas en inglés) que solicitan la divulgación de información (información completa de la dirección, el nombre de la persona de contacto y la fecha):

Housing Authority City of Kennewick
1915 W 4th Place
Kennewick WA 99336

Autoridad: Artículo 904 de la Ley de modificaciones de asistencia a personas sin hogar (*Homeless Assistance Amendments Act*) de Stewart B. McKinney de 1988, según las modificaciones dispuestas en el artículo 903 de la Ley de desarrollo de la comunidad y la vivienda (*Housing and Community Development Act*) de 1992 y el artículo 3003 de la Ley de acuerdo de presupuesto integral (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) de 1993. Esta legislación se encuentra en el título 42, artículo 3544, del Código de los Estados Unidos (*United States Code*, USC). Esta legislación exige que firme un documento de consentimiento mediante el cual se autorice: (1) que el HUD y el organismo o la autoridad de vivienda (HA, por sus siglas en inglés) soliciten una verificación de los salarios y sueldos por parte de los empleadores actuales o anteriores; (2) que el HUD y la HA soliciten información de reclamos de compensación salarial y por desempleo del organismo estadual responsable de conservar esa información; y (3) que el HUD solicite determinada información de declaración de impuestos de la Administración del Seguro Social de los EE. UU. y el Servicio de Impuestos Internos de los EE. UU.

Artículo 104 de la Ley de oportunidades de vivienda y modernización (*Housing Opportunity and Modernization Act*) de 2016. Las disposiciones pertinentes se encuentran en el título 42, artículo 1437n, del USC. Esta legislación exige que firme un documento de consentimiento mediante el cual se autorice a la HA a solicitar una verificación de registros financieros de cualquier entidad financiera, según se define en la Ley de derecho a la privacidad financiera (*Right to Financial Privacy Act*) (título 12, artículo 3401, del USC)), en cualquier momento en que la HA determine que es necesario para decidir sobre la elegibilidad de un participante o solicitante de asistencia o nivel de beneficios.

Objetivo: Mediante su firma en este documento de consentimiento, autoriza al HUD y la HA mencionada anteriormente a solicitar información de ingresos de las fuentes enumeradas en este documento. El HUD y la HA necesitan esta información para verificar el ingreso en su hogar, para asegurarse de que usted sea elegible para beneficios de vivienda asistida y que el nivel de estos beneficios sea el correcto. El HUD y la HA pueden participar en programas de cotejo electrónico de datos con estas fuentes para verificar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

Usos de la información que se obtendrá: El HUD tiene la obligación de proteger la información acerca de ingresos que obtenga en conformidad con la Ley de privacidad de 1974 (título 5, artículo 552a, del USC). El HUD puede divulgar información (distinta de la información sobre declaraciones de impuestos) para determinados usos de rutina, como fines de orden público de otros organismos gubernamentales, fines de idoneidad laboral de organismos federales y fines de determinación de asistencia de vivienda de las HA. La HA también tiene la obligación de proteger la información acerca de ingresos que obtenga en conformidad con toda legislación estadual aplicable en materia de privacidad. Es posible que los empleados del HUD y la HA estén sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información de ingresos que se obtenga en virtud del documento de consentimiento. **Los propietarios privados no pueden solicitar ni recibir información autorizada en este documento.**

Quién debe firmar este documento de consentimiento: Cada miembro de su familia que sea mayor de 18 años debe firmar este documento de consentimiento. Se deben obtener las firmas adicionales de nuevos miembros adultos que se unan a la familia o cuando los miembros menores cumplan 18 años.

Las personas que solicitan asistencia o reciben asistencia por los siguientes programas deben firmar este documento de consentimiento:

Vivienda pública
Vales de elección de vivienda
Rehabilitación moderada del artículo 8

Incumplimiento de firmar el documento de consentimiento: Si usted no firma el documento de consentimiento, puede dar lugar al rechazo de la elegibilidad o al cese de los beneficios de vivienda asistida, o ambos. El rechazo de la elegibilidad o el cese de los beneficios están sujetos a los procedimientos de reclamación de la HA y los procedimientos de audiencias informales del artículo 8.

Revocación del consentimiento: Si revoca el consentimiento, la PHA no podrá verificar su información, aunque los cotejos de datos entre el HUD y otros organismos continuarán realizándose de manera automática en el sistema de Verificación de Ingresos Empresariales (*Enterprise Income Verification*, EIV) si la familia no queda fuera del programa.

Fuentes de donde se obtendrá la información:

Organismos estaduales de recopilación de información de salarios. (Este consentimiento está limitado a salarios y compensaciones por desempleo que he recibido cuando recibí beneficios de vivienda asistida.)

La Administración del Seguro Social (solo para el HUD). (Este consentimiento está limitado a la información de salarios y trabajo independiente, y pagos de jubilación como se menciona en el artículo 6103[1][7][A] del Código de Impuestos Internos [*Internal Revenue Code*].)

El Servicio de Impuestos Internos de los EE. UU. (solo para el HUD). (Este consentimiento está limitado a los ingresos extras [es decir, aquellos provenientes de intereses o dividendos].)

También es posible que se obtenga información de manera directa de: (a) empleadores actuales o anteriores en lo que respecta a salarios y sueldos; y (b) entidades financieras, según se definen en la Ley de derecho a la privacidad financiera (título 12, artículo 3401, del USC), en cualquier momento en que la HA determine que es necesario para decidir sobre la elegibilidad de un participante o solicitante de asistencia o nivel de beneficios. Entiendo que la información de ingresos obtenida de estas fuentes se usará para verificar la información que yo provea para determinar elegibilidad para programas de vivienda asistida y nivel de beneficios. Por lo tanto, este documento de consentimiento solo autoriza la divulgación de información proveniente directamente de empleadores y entidades financieras.

Consent: I consent to allow HUD or the HA to request and obtain income information from the sources listed on this form for the purpose of verifying my eligibility and level of benefits under HUD’s assisted housing programs. I understand that HAs that receive income information under this consent form cannot use it to deny, reduce or terminate assistance without first independently verifying what the amount was, whether I actually had access to the funds and when the funds were received. In addition, I must be given an opportunity to contest those determinations.

This consent form remains effective until the earliest of (i) the rendering of a final adverse decision for an assistance applicant; (ii) the cessation of a participant’s eligibility for assistance from HUD and the PHA; or (iii) The express revocation by the assistance applicant or recipient (or applicable family member) of the authorization, in a written notification to HUD or the PHA.

Signatures:

Head of Household	Date		
Social Security Number (if any) of Head of Household		Other Family Member over age 18	Date
Spouse	Date	Other Family Member over age 18	Date
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date

Privacy Advisory. Authority: The Department of Housing and Urban Development (HUD) is authorized to collect this information by the U.S. Housing Act of 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. 2000d), and by the Fair Housing Act (42 U.S.C. 3601-19). Purpose: This form authorizes HUD and the above-named HA to request income information to verify your household’s income in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. Failure to provide any of the requested information may result in a delay or rejection of your eligibility approval.

Penalties for Misusing this Consent: HUD and the HA (or any employee of HUD or the HA) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form. Use of the information collected based on the form HUD 9886 is restricted to the purposes cited on the form HUD 9886. Any person who knowingly or willfully requests, obtains, or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000. Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD or the HA for the unauthorized disclosure or improper use.

OMB Burden Statement. The public reporting burden for this information collection is estimated to be 0.16 hours for new admissions and .08 hours for household members turning 19, including the time for reviewing, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Collection of information income and assets is required for program eligibility determination purposes. The submission of the consent form is necessary (form-HUD 9886) so that PHAs can carry out the requirements of Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993 (42 U.S.C. 3544) and Section 104 of HOTMA to ensure that HUD and PHAs can verify eligibility and income information for applicants and participants. This information collection is protected from disclosure by the Privacy Act. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions to reduce this burden, to the Office of Public and Indian Housing, US. Department of Housing and Urban Development, Washington, DC 20410. When providing comments, please refer to OMB Approval No. 2577-0295. HUD may not conduct and sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless the collection displays a valid control number.

Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que el HUD y la HA soliciten y obtengan información de ingresos de las fuentes enumeradas en este documento a los fines de verificar mi elegibilidad y nivel de beneficios en virtud de los programas de vivienda asistida del HUD. Entiendo que las HA que reciban información de ingresos en virtud de este documento de consentimiento no pueden usarla para rechazar, reducir o eliminar la asistencia sin antes verificar de forma independiente cuál fue el monto, si tuve acceso a la financiación y cuándo la recibí. Además, debo tener la oportunidad de refutar esas determinaciones.

Este documento de consentimiento permanecerá vigente hasta lo que suceda primero: (i) la devolución de una decisión final adversa para un solicitante de asistencia; (ii) el cese de la elegibilidad de un participante para recibir asistencia del HUD y la PHA; o (iii) la revocación expresa por el solicitante de la asistencia o el receptor (o el familiar que corresponda) de la autorización, en una notificación escrita al HUD o la PHA.

Firmas:

Jefe del hogar	Fecha		
Número del Seguro Social (si tuviera) del jefe del hogar		Otro familiar mayor de 18	Fecha
Cónyuge	Fecha	Otro familiar mayor de 18	Fecha
Otro familiar mayor de 18	Fecha	Otro familiar mayor de 18	Fecha
Otro familiar mayor de 18	Fecha	Otro familiar mayor de 18	Fecha

Asesoría de privacidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado a recopilar esta información por la Ley de vivienda (*Housing Act*) de 1937 de los EE. UU. (título 42, artículo 1437 y siguientes, del USC), el título VI de la Ley de derechos civiles (*Civil Rights Act*) de 1964 (título 42, artículo 2000d, del USC) y la Ley de vivienda justa (*Fair Housing Act*) (título 42, artículo 3601-19, del USC). Objetivo: Este documento autoriza al HUD y la HA mencionada anteriormente a solicitar información sobre ingresos para verificar el ingreso en su hogar, a fin de asegurarse de que usted sea elegible para beneficios de vivienda asistida y que el nivel de estos beneficios sea el correcto. Si no provee la información solicitada, puede haber un atraso o rechazo de la aprobación de su elegibilidad.

Sanciones por mal uso de este consentimiento: El HUD y la HA (o cualquiera de los empleados del HUD o la HA) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información que se recopile en virtud del documento de consentimiento. El uso de la información recopilada en función del documento HUD 9886 está restringida a los fines citados en el documento HUD 9886. Toda persona que, de manera intencionada o a sabiendas, solicite, obtenga o divulgue información de forma fraudulenta sobre un solicitante o participante puede estar sujeto a sanciones por delitos menores o a multas de un máximo de 5000 \$. Todo solicitante o participante afectado por divulgación negligente de la información puede iniciar acciones legales civiles por daños y buscar otra compensación, según corresponda, del funcionario o empleado del HUD o la HA por divulgación no autorizada o uso indebido.

Declaración de cargas de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Según lo informado por el público, el tiempo estimado de dedicación a esta recopilación es de 0,16 horas para admisiones nuevas y de 0,08 horas para los familiares que cumplen 19 años, lo que incluye el tiempo para revisar, investigar fuentes existentes de datos, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. Se requiere la recopilación de información de ingresos y activos para determinar elegibilidad para el programa. Es necesario enviar el documento de consentimiento (formulario HUD 9886) para que las PHA puedan seguir los requisitos del artículo 904 de la Ley de modificaciones de asistencia a personas sin hogar de Stewart B. McKinney de 1988, según las modificaciones dispuestas en el artículo 903 de la Ley de desarrollo de la comunidad y la vivienda de 1992, el artículo 3003 de la Ley de acuerdo de presupuesto integral de 1993 (título 42, artículo 3544 del USC) y el artículo 104 de la Ley de oportunidades de vivienda y modernización para que el HUD y las PHA puedan verificar la elegibilidad y la información de ingresos de los solicitantes y participantes. La recopilación de la información está protegida de la divulgación mediante la Ley de privacidad. Envíe comentarios sobre este estimativo de las cargas o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir las cargas, a la Oficina de Vivienda Pública y Nativos de los EE. UU., Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, Washington, DC 20410. Cuando proporcione comentarios, consulte el n.º de la OMB: 2577-0295. Puede que el HUD no lleve a cabo ni patrocine una recopilación de información, y las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información, a menos que tal recopilación tenga un número de control válido.



GENERAL CONSENT

I/we authorize and direct any Federal, state or local agency organization, business or individual to release the Housing Authority City of Kennewick any information or materials needed to complete and verify my application for participation, and/or to maintain my continued assistance under any housing programs administered by the Housing Authority City of Kennewick.

I/we understand and agree that this authorization, or the information obtained with its use, may be given to and used by HUD in administering and enforcing program rules and policies.

INFORMATION COVERED:

I/we understand that, depending on program policies and requirements, previous or current information **regarding me or my household members** may be needed. Verification and inquiries that may be requested, but are not limited to:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identity and Marital Status | Employment, Income Assets | Medical or Child Support Allowance |
| Credit and Criminal Activity | Residences and Rental Activity | |

I/we understand that this authorization cannot be used to obtain any information about me that is not pertinent to my eligibility for and continued participation in a housing assistance program.

GROUPS OR INDIVIDUALS THAT MAY BE ASKED:

The groups or individuals that may be asked to release the above information (depending on program requirements) include but are not limited to:

- | | | |
|---|---|---|
| Previous Landlords
(including Public Housing Agencies) | Welfare Agencies
Courts and Post Offices | State Unemployment Agencies
Social Security Administration |
| Schools and Colleges | Medical and Child Care Providers | Law Enforcement Agencies |
| Veterans Administration | Support and Alimony Providers | Banks/Financials Institutions |
| Past and Present Employers | Credit Providers/Credit Bureaus | Utility Companies |

COMPUTER MATCHING NOTICE AND CONSENT:

I/we understand and agree that HUD or the Housing Authority City of Kennewick may conduct computer matching programs to verify the information supplied for my application or recertification. If a computer match is done, I/we understand that I/we have the right to notification of any adverse information found and a chance to disprove that information. HUD may in course of its duties exchange such automated information with other Federal, State or local agencies, including and limited to: State Employment Security Agencies; Department of Defense; Office of Personnel Management; the U.S. Postal Service; the Social Security Administration; and State Welfare and food stamp agencies.

CONDITIONS:

I/we agree that a photocopy of this authorization may be used for the purposes stated above. This authorization will stay in effect for a year and one month from the date signed.

_____ Head of Household signature	_____	_____
	Print Name	Date
_____ Spouse/Co-Head/Other Adult signature	_____	_____
	Print Name	Date
_____ Adult Family Member signature	_____	_____
	Print Name	Date
_____ Adult Family Member signature	_____	_____
	Print Name	Date
_____ Adult Family Member signature	_____	_____
	Print Name	Date



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 ésa 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

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:	
Mailing Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
Name of Additional Contact Person or Organization:	
Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
E-Mail Address (if applicable):	
Relationship to Applicant:	
Reason for Contact: (Check all that apply)	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process
<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms
<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Late payment of rent	
Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.	
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.	
Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.	

Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

Signature of Applicant

Date

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

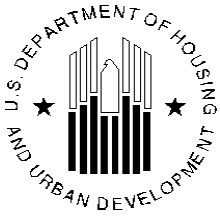
--	--

Firma de cabeza de casa

Fecha

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiera durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respaldamos los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.



U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Public and Indian Housing

DEBTS OWED TO PUBLIC HOUSING AGENCIES AND TERMINATIONS

Paperwork Reduction Notice: Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 7 minutes per response. This includes the time for respondents to read the document and certify, and any record keeping burden. This information will be used in the processing of a tenancy. Response to this request for information is required to receive benefits. The agency may not collect this information, and you are not required to complete this form, unless it displays a currently valid OMB control number. The OMB Number is 2577-0266, and expires 06/30/2026.

NOTICE TO APPLICANTS AND PARTICIPANTS OF THE FOLLOWING HUD RENTAL ASSISTANCE PROGRAMS:

- Public Housing (24 CFR 960)
- Section 8 Housing Choice Voucher, including the Disaster Housing Assistance Program (24 CFR 982)
- Section 8 Moderate Rehabilitation (24 CFR 882)
- Project-Based Voucher (24 CFR 983)

The U.S. Department of Housing and Urban Development maintains a national repository of debts owed to Public Housing Agencies (PHAs) or Section 8 landlords and adverse information of former participants who have voluntarily or involuntarily terminated participation in one of the above-listed HUD rental assistance programs. This information is maintained within HUD's Enterprise Income Verification (EIV) system, which is used by Public Housing Agencies (PHAs) and their management agents to verify employment and income information of program participants, as well as, to reduce administrative and rental assistance payment errors. The EIV system is designed to assist PHAs and HUD in ensuring that families are eligible to participate in HUD rental assistance programs and determining the correct amount of rental assistance a family is eligible for. All PHAs are required to use this system in accordance with HUD regulations at 24 CFR 5.233.

HUD requires PHAs, which administers the above-listed rental housing programs, to report certain information at the conclusion of your participation in a HUD rental assistance program. This notice provides you with information on what information the PHA is required to provide HUD, who will have access to this information, how this information is used and your rights. PHAs are required to provide this notice to all applicants and program participants and you are required to acknowledge receipt of this notice by signing page 2. Each adult household member must sign this form.

What information about you and your tenancy does HUD collect from the PHA?

The following information is collected about each member of your household (family composition): full name, date of birth, and Social Security Number.

The following adverse information is collected once your participation in the housing program has ended, whether you voluntarily or involuntarily move out of an assisted unit:

1. Amount of any balance you owe the PHA or Section 8 landlord (up to \$500,000) and explanation for balance owed (i.e. unpaid rent, retroactive rent (due to unreported income and/ or change in family composition) or other charges such as damages, utility charges, etc.); and
2. Whether or not you have entered into a repayment agreement for the amount that you owe the PHA; and
3. Whether or not you have defaulted on a repayment agreement; and
4. Whether or not the PHA has obtained a judgment against you; and
5. Whether or not you have filed for bankruptcy; and
6. The negative reason(s) for your end of participation or any negative status (i.e., abandoned unit, fraud, lease violations, criminal activity, etc.) as of the end of participation date.



Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos

Oficina de Vivienda de Interés Social e Indígena

ADEUDOS CON ORGANISMOS DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y TERMINACIONES

Aviso de simplificación de trámites administrativos: Se estima que la carga horaria para esta recabación de información pública promedia 7 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para que los participantes lean el documento y den fe de ello, así como cualquier carga horaria contable. Esta información se usará para el trámite de un inquilinato. La respuesta a esta solicitud de información es necesaria para recibir las prestaciones. El organismo no recabará esta información y usted no tiene por qué llenar este formulario, a menos que porte un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) vigente. El número de la OMB es el 2577-0266, y vence el 31/08/2016.

AVISO A LOS SOLICITANTES Y PARTICIPANTES DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE AYUDA PARA EL ALQUILER DEL HUD:

- Vivienda de Interés Social (960 del 24 del Código de Regulaciones Federales o CFR, por sus siglas en inglés)
- Programa de Vales de Elección de Vivienda de Sección 8, incluyendo el Programa de Asistencia para la Vivienda en Casos de Desastre (982 del 24 del CFR)
- Rehabilitación Moderada de Sección 8 (882 del 24 del CFR)
- Programa de Vales en Función de Proyectos (983 del 24 del CFR)

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés) mantiene un repositorio nacional de los adeudos que se tienen con los organismos de vivienda de interés social (PHA, por sus siglas en inglés) o los arrendadores de Sección 8, así como información adversa sobre antiguos participantes que, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, dieron por terminada su participación en uno de los programas de asistencia para el alquiler del HUD antedichos. Esta información se mantiene en el sistema de Verificación de Ingresos Derivados de Actividades Empresariales (EIV, por sus siglas en inglés) del HUD, mismo que los PHA y sus administradores usan para verificar la información sobre el empleo y los ingresos de los participantes del programa, así como para reducir los errores administrativos y de pago de la asistencia para el alquiler. El sistema EIV está diseñado para ayudar a los PHA y al HUD a asegurarse de que las familias reúnan los requisitos para participar en los programas de ayuda para el alquiler del departamento, y a determinar el monto correcto de asistencia para pagar el alquiler al que una familia tiene derecho. Todos los PHA tienen la obligación de usar este sistema, según el reglamento del HUD que estipula la 5.233 del 24 del CFR.

El HUD exige a los PHA —mismos que administran los programas de vivienda de alquiler antedichos— que den a conocer cierta información al concluir la participación de usted en uno de los programas de asistencia para el alquiler del departamento. Este aviso le proporciona información sobre cuáles datos debe proporcionarle el PHA al HUD, quién tendrá acceso a ellos, cómo se utilizan y cuáles son sus derechos. Los PHA tienen la obligación de proporcionar este aviso a todos los solicitantes y participantes del programa, y usted está obligado a acusar recibo del mismo con su firma en la página 2. Todos los miembros adultos del hogar tienen que firmar este formulario.

¿Qué información sobre usted y su inquilinato recaba el HUD del PHA?

La siguiente información es recabada sobre cada uno de los miembros de su familia (la composición familiar): nombre completo, fecha de nacimiento y número de Seguro Social.

La siguiente información adversa se recaba una vez concluida su participación en el programa de vivienda, ya sea que se mude de manera voluntaria o involuntaria de una unidad que recibe asistencia:

1. cualquier saldo que adeude al PHA o al arrendador de Sección 8 (hasta \$500,000) y una explicación sobre el mismo (es decir, alquiler atrasado, alquiler retroactivo [por ingresos o cambios en la composición de la familia no declarados] u otros cargos tales como indemnizaciones por daños, servicios públicos, etc.); y
2. si suscribió o no un convenio de pago por el monto que adeuda al PHA; y
3. si ha incumplido o no un convenio de pago; y
4. si el PHA ha obtenido o no un fallo en su contra; y
5. si se ha declarado o no usted en bancarrota; y
6. el o los motivos negativos para dar por terminada su participación o cualquier otra situación negativa (como unidad abandonada, fraude, contravenciones al contrato de arriendo, actividad criminal, etc.) a partir de la fecha de terminación de la participación.

Who will have access to the information collected?

This information will be available to HUD employees, PHA employees, and contractors of HUD and PHAs.

How will this information be used?

PHAs will have access to this information during the time of application for rental assistance and reexamination of family income and composition for existing participants. PHAs will be able to access this information to determine a family's suitability for initial or continued rental assistance, and avoid providing limited Federal housing assistance to families who have previously been unable to comply with HUD program requirements. If the reported information is accurate, a PHA may terminate your current rental assistance and deny your future request for HUD rental assistance, subject to PHA policy.

How long is the debt owed and termination information maintained in EIV?

Debt owed and termination information will be maintained in EIV for a period of up to ten (10) years from the end of participation date or such other period consistent with State Law.

What are my rights?

In accordance with the Federal Privacy Act of 1974, as amended (5 USC 552a) and HUD regulations pertaining to its implementation of the Federal Privacy Act of 1974 (24 CFR Part 16), you have the following rights:

1. To have access to your records maintained by HUD, subject to 24 CFR Part 16.
2. To have an administrative review of HUD's initial denial of your request to have access to your records maintained by HUD.
3. To have incorrect information in your record corrected upon written request.
4. To file an appeal request of an initial adverse determination on correction or amendment of record request within 30 calendar days after the issuance of the written denial.
5. To have your record disclosed to a third party upon receipt of your written and signed request.

What do I do if I dispute the debt or termination information reported about me?

If you disagree with the reported information, you should contact in writing the PHA who has reported this information about you. The PHA's name, address, and telephone numbers are listed on the Debts Owed and Termination Report. You have a right to request and obtain a copy of this report from the PHA. Inform the PHA why you dispute the information and provide any documentation that supports your dispute. HUD's record retention policies at 24 CFR Part 908 and 24 CFR Part 982 provide that the PHA may destroy your records three years from the date your participation in the program ends. To ensure the availability of your records, disputes of the original debt or termination information must be made within three years from the end of participation date; otherwise the debt and termination information will be presumed correct. Only the PHA who reported the adverse information about you can delete or correct your record. Your filing of bankruptcy will not result in the removal of debt owed or termination information from HUD's EIV system. However, if you have included this debt in your bankruptcy filing and/or this debt has been discharged by the bankruptcy court, your record will be updated to include the bankruptcy indicator, when you provide the PHA with documentation of your bankruptcy status.

The PHA will notify you in writing of its action regarding your dispute within 30 days of receiving your written dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record. If the PHA determines that the disputed information is correct, the PHA will provide an explanation as to why the information is correct.

This Notice was provided by the below-listed PHA:

**I hereby acknowledge that the PHA provided me with the
*Debts Owed to PHAs & Termination Notice:***

Signature

Date

Printed Name

¿Quién tendrá acceso a la información recabada?

Esta información estará disponible para los empleados del HUD, para los empleados del PHA, y para los contratistas del HUD y de los PHA.

¿De qué manera se utilizará esta información?

Los PHA tendrán acceso a esta información durante el periodo de solicitud de asistencia para el alquiler y reevaluación del ingreso y la composición familiar para los participantes existentes. Los PHA podrán acceder a esta información con el fin de determinar la idoneidad de una familia para recibir la asistencia inicial para el pago del alquiler, o para continuarla, y evitar darle asistencia federal de vivienda limitada a las familias que previamente no han podido cumplir con los requisitos del programa del HUD. Si la información declarada es correcta, un PHA, en apego a sus propias normas, puede dar por terminada su asistencia actual para el alquiler y denegarle su solicitud futura de ayuda del HUD.

¿Por cuánto tiempo se conserva la información sobre el adeudo y la terminación en el sistema EIV?

La información sobre el adeudo y la terminación se mantendrá en el sistema EIV por un periodo de hasta diez (10) años a partir de la fecha de terminación de la participación.

¿Cuáles son mis derechos?

De conformidad con la ley federal de Privacidad de 1974 y sus enmiendas (552a del 5 del Código de los Estados Unidos o USC), y con las reglas del HUD relativas a la instrumentación de dicha ley (parte 16 del 24 del CFR), usted tiene los siguientes derechos:

1. A tener acceso a los expedientes que el HUD mantiene sobre usted, en apego a la parte 16 del 24 del CFR.
2. A que se lleve a cabo una evaluación administrativa de la denegación inicial de su solicitud por parte del HUD para tener acceso a los expedientes que el departamento mantiene sobre usted.
3. A ver que la información incorrecta de su expediente sea corregida, previa solicitud por escrito.
4. A presentar una solicitud de apelación de una determinación inicial adversa sobre una solicitud de corrección o modificación del expediente dentro de un plazo de 30 días naturales a partir de extendida la denegación por escrito.
5. A divulgar su expediente a un tercero tras recibir su solicitud firmada por escrito.

¿Qué hago si disputo la información de la deuda o la terminación que se presentó sobre mí?

Si no está de acuerdo con la información presentada sobre usted, debe comunicarse por escrito con el PHA que la presentó. El nombre, la dirección y los números de teléfono del PHA aparecen en el Informe sobre los Adeudos y la Terminación. Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia de este informe del PHA. Informe al PHA por qué contiene la información y proporcione toda la documentación que sustente su disputa. Las normas de retención de expedientes del HUD, que se encuentran en las partes 908 y 982 del 24 del CFR, estipulan que el PHA puede destruir sus expedientes en un plazo de tres años a partir de la fecha de terminación de su participación en el programa. Para asegurar la disponibilidad de sus expedientes, las disputas de la información sobre el adeudo original o la terminación deben hacerse en un plazo de tres años a partir de la fecha de terminación de la participación; de lo contrario, se dará por hecho que dicha información es correcta. Sólo el PHA que dio a conocer la información adversa sobre usted puede borrar o corregir su expediente.

Su declaración de bancarrota no se traducirá en la eliminación de la información sobre el adeudo o la terminación en el sistema EIV del HUD. Sin embargo, si incluyó esta deuda en su declaración de bancarrota o si el tribunal de bancarrotas lo absolvió de ella, su expediente se actualizará para incluir el indicador de bancarrota cuando usted le proporcione al PHA la documentación sobre su estado de quiebra.

El PHA le notificará por escrito de la medida que tome con respecto a su disputa en un plazo de 30 días a partir de recibida ésta por escrito. Si determina que la información disputada es incorrecta, el PHA actualizará o eliminará el expediente. Si determina que la información disputada es correcta, el PHA proporcionará una explicación de por qué lo es.

<p>Este aviso fue proporcionado por el PHA que se indica a continuación:</p> <p>Housing Authority City of Kennewick 1915 W 4th Place Kennewick WA 99336</p>	<p>Por la presente reconozco que el PHA me proporcionó el Aviso de Terminación y Adeudos con el PHA:</p>	
	<p>Firma</p> <p>Nombre en letra de molde</p>	<p>Fecha</p>

Who will have access to the information collected?

This information will be available to HUD employees, PHA employees, and contractors of HUD and PHAs.

How will this information be used?

PHAs will have access to this information during the time of application for rental assistance and reexamination of family income and composition for existing participants. PHAs will be able to access this information to determine a family's suitability for initial or continued rental assistance, and avoid providing limited Federal housing assistance to families who have previously been unable to comply with HUD program requirements. If the reported information is accurate, a PHA may terminate your current rental assistance and deny your future request for HUD rental assistance, subject to PHA policy.

How long is the debt owed and termination information maintained in EIV?

Debt owed and termination information will be maintained in EIV for a period of up to ten (10) years from the end of participation date or such other period consistent with State Law.

What are my rights?

In accordance with the Federal Privacy Act of 1974, as amended (5 USC 552a) and HUD regulations pertaining to its implementation of the Federal Privacy Act of 1974 (24 CFR Part 16), you have the following rights:

1. To have access to your records maintained by HUD, subject to 24 CFR Part 16.
2. To have an administrative review of HUD's initial denial of your request to have access to your records maintained by HUD.
3. To have incorrect information in your record corrected upon written request.
4. To file an appeal request of an initial adverse determination on correction or amendment of record request within 30 calendar days after the issuance of the written denial.
5. To have your record disclosed to a third party upon receipt of your written and signed request.

What do I do if I dispute the debt or termination information reported about me?

If you disagree with the reported information, you should contact in writing the PHA who has reported this information about you. The PHA's name, address, and telephone numbers are listed on the Debts Owed and Termination Report. You have a right to request and obtain a copy of this report from the PHA. Inform the PHA why you dispute the information and provide any documentation that supports your dispute. HUD's record retention policies at 24 CFR Part 908 and 24 CFR Part 982 provide that the PHA may destroy your records three years from the date your participation in the program ends. To ensure the availability of your records, disputes of the original debt or termination information must be made within three years from the end of participation date; otherwise the debt and termination information will be presumed correct. Only the PHA who reported the adverse information about you can delete or correct your record. Your filing of bankruptcy will not result in the removal of debt owed or termination information from HUD's EIV system. However, if you have included this debt in your bankruptcy filing and/or this debt has been discharged by the bankruptcy court, your record will be updated to include the bankruptcy indicator, when you provide the PHA with documentation of your bankruptcy status.

The PHA will notify you in writing of its action regarding your dispute within 30 days of receiving your written dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record. If the PHA determines that the disputed information is correct, the PHA will provide an explanation as to why the information is correct.

This Notice was provided by the below-listed PHA:

**I hereby acknowledge that the PHA provided me with the
*Debts Owed to PHAs & Termination Notice:***

Signature

Date

Printed Name

¿Quién tendrá acceso a la información recabada?

Esta información estará disponible para los empleados del HUD, para los empleados del PHA, y para los contratistas del HUD y de los PHA.

¿De qué manera se utilizará esta información?

Los PHA tendrán acceso a esta información durante el periodo de solicitud de asistencia para el alquiler y reevaluación del ingreso y la composición familiar para los participantes existentes. Los PHA podrán acceder a esta información con el fin de determinar la idoneidad de una familia para recibir la asistencia inicial para el pago del alquiler, o para continuarla, y evitar darle asistencia federal de vivienda limitada a las familias que previamente no han podido cumplir con los requisitos del programa del HUD. Si la información declarada es correcta, un PHA, en apego a sus propias normas, puede dar por terminada su asistencia actual para el alquiler y denegarle su solicitud futura de ayuda del HUD.

¿Por cuánto tiempo se conserva la información sobre el adeudo y la terminación en el sistema EIV?

La información sobre el adeudo y la terminación se mantendrá en el sistema EIV por un periodo de hasta diez (10) años a partir de la fecha de terminación de la participación.

¿Cuáles son mis derechos?

De conformidad con la ley federal de Privacidad de 1974 y sus enmiendas (552a del 5 del Código de los Estados Unidos o USC), y con las reglas del HUD relativas a la instrumentación de dicha ley (parte 16 del 24 del CFR), usted tiene los siguientes derechos:

1. A tener acceso a los expedientes que el HUD mantiene sobre usted, en apego a la parte 16 del 24 del CFR.
2. A que se lleve a cabo una evaluación administrativa de la denegación inicial de su solicitud por parte del HUD para tener acceso a los expedientes que el departamento mantiene sobre usted.
3. A ver que la información incorrecta de su expediente sea corregida, previa solicitud por escrito.
4. A presentar una solicitud de apelación de una determinación inicial adversa sobre una solicitud de corrección o modificación del expediente dentro de un plazo de 30 días naturales a partir de extendida la denegación por escrito.
5. A divulgar su expediente a un tercero tras recibir su solicitud firmada por escrito.

¿Qué hago si disputo la información de la deuda o la terminación que se presentó sobre mí?

Si no está de acuerdo con la información presentada sobre usted, debe comunicarse por escrito con el PHA que la presentó. El nombre, la dirección y los números de teléfono del PHA aparecen en el Informe sobre los Adeudos y la Terminación. Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia de este informe del PHA. Informe al PHA por qué contiene la información y proporcione toda la documentación que sustente su disputa. Las normas de retención de expedientes del HUD, que se encuentran en las partes 908 y 982 del 24 del CFR, estipulan que el PHA puede destruir sus expedientes en un plazo de tres años a partir de la fecha de terminación de su participación en el programa. Para asegurar la disponibilidad de sus expedientes, las disputas de la información sobre el adeudo original o la terminación deben hacerse en un plazo de tres años a partir de la fecha de terminación de la participación; de lo contrario, se dará por hecho que dicha información es correcta. Sólo el PHA que dio a conocer la información adversa sobre usted puede borrar o corregir su expediente.

Su declaración de bancarrota no se traducirá en la eliminación de la información sobre el adeudo o la terminación en el sistema EIV del HUD. Sin embargo, si incluyó esta deuda en su declaración de bancarrota o si el tribunal de bancarrotas lo absolvió de ella, su expediente se actualizará para incluir el indicador de bancarrota cuando usted le proporcione al PHA la documentación sobre su estado de quiebra.

El PHA le notificará por escrito de la medida que tome con respecto a su disputa en un plazo de 30 días a partir de recibida ésta por escrito. Si determina que la información disputada es incorrecta, el PHA actualizará o eliminará el expediente. Si determina que la información disputada es correcta, el PHA proporcionará una explicación de por qué lo es.

<p>Este aviso fue proporcionado por el PHA que se indica a continuación:</p> <p style="text-align: center;">Housing Authority City of Kennewick 1915 W 4th Place Kennewick WA 99336</p>	<p>Por la presente reconozco que el PHA me proporcionó el <i>Aviso de Terminación y Adeudos con el PHA:</i></p>	
	<p>Firma</p> <p>Nombre en letra de molde</p>	<p>Fecha</p>

Who will have access to the information collected?

This information will be available to HUD employees, PHA employees, and contractors of HUD and PHAs.

How will this information be used?

PHAs will have access to this information during the time of application for rental assistance and reexamination of family income and composition for existing participants. PHAs will be able to access this information to determine a family's suitability for initial or continued rental assistance, and avoid providing limited Federal housing assistance to families who have previously been unable to comply with HUD program requirements. If the reported information is accurate, a PHA may terminate your current rental assistance and deny your future request for HUD rental assistance, subject to PHA policy.

How long is the debt owed and termination information maintained in EIV?

Debt owed and termination information will be maintained in EIV for a period of up to ten (10) years from the end of participation date or such other period consistent with State Law.

What are my rights?

In accordance with the Federal Privacy Act of 1974, as amended (5 USC 552a) and HUD regulations pertaining to its implementation of the Federal Privacy Act of 1974 (24 CFR Part 16), you have the following rights:

1. To have access to your records maintained by HUD, subject to 24 CFR Part 16.
2. To have an administrative review of HUD's initial denial of your request to have access to your records maintained by HUD.
3. To have incorrect information in your record corrected upon written request.
4. To file an appeal request of an initial adverse determination on correction or amendment of record request within 30 calendar days after the issuance of the written denial.
5. To have your record disclosed to a third party upon receipt of your written and signed request.

What do I do if I dispute the debt or termination information reported about me?

If you disagree with the reported information, you should contact in writing the PHA who has reported this information about you. The PHA's name, address, and telephone numbers are listed on the Debts Owed and Termination Report. You have a right to request and obtain a copy of this report from the PHA. Inform the PHA why you dispute the information and provide any documentation that supports your dispute. HUD's record retention policies at 24 CFR Part 908 and 24 CFR Part 982 provide that the PHA may destroy your records three years from the date your participation in the program ends. To ensure the availability of your records, disputes of the original debt or termination information must be made within three years from the end of participation date; otherwise the debt and termination information will be presumed correct. Only the PHA who reported the adverse information about you can delete or correct your record. Your filing of bankruptcy will not result in the removal of debt owed or termination information from HUD's EIV system. However, if you have included this debt in your bankruptcy filing and/or this debt has been discharged by the bankruptcy court, your record will be updated to include the bankruptcy indicator, when you provide the PHA with documentation of your bankruptcy status.

The PHA will notify you in writing of its action regarding your dispute within 30 days of receiving your written dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record. If the PHA determines that the disputed information is correct, the PHA will provide an explanation as to why the information is correct.

This Notice was provided by the below-listed PHA:

**I hereby acknowledge that the PHA provided me with the
*Debts Owed to PHAs & Termination Notice:***

Signature

Date

Printed Name

¿Quién tendrá acceso a la información recabada?

Esta información estará disponible para los empleados del HUD, para los empleados del PHA, y para los contratistas del HUD y de los PHA.

¿De qué manera se utilizará esta información?

Los PHA tendrán acceso a esta información durante el periodo de solicitud de asistencia para el alquiler y reevaluación del ingreso y la composición familiar para los participantes existentes. Los PHA podrán acceder a esta información con el fin de determinar la idoneidad de una familia para recibir la asistencia inicial para el pago del alquiler, o para continuarla, y evitar darle asistencia federal de vivienda limitada a las familias que previamente no han podido cumplir con los requisitos del programa del HUD. Si la información declarada es correcta, un PHA, en apego a sus propias normas, puede dar por terminada su asistencia actual para el alquiler y denegarle su solicitud futura de ayuda del HUD.

¿Por cuánto tiempo se conserva la información sobre el adeudo y la terminación en el sistema EIV?

La información sobre el adeudo y la terminación se mantendrá en el sistema EIV por un periodo de hasta diez (10) años a partir de la fecha de terminación de la participación.

¿Cuáles son mis derechos?

De conformidad con la ley federal de Privacidad de 1974 y sus enmiendas (552a del 5 del Código de los Estados Unidos o USC), y con las reglas del HUD relativas a la instrumentación de dicha ley (parte 16 del 24 del CFR), usted tiene los siguientes derechos:

1. A tener acceso a los expedientes que el HUD mantiene sobre usted, en apego a la parte 16 del 24 del CFR.
2. A que se lleve a cabo una evaluación administrativa de la denegación inicial de su solicitud por parte del HUD para tener acceso a los expedientes que el departamento mantiene sobre usted.
3. A ver que la información incorrecta de su expediente sea corregida, previa solicitud por escrito.
4. A presentar una solicitud de apelación de una determinación inicial adversa sobre una solicitud de corrección o modificación del expediente dentro de un plazo de 30 días naturales a partir de extendida la denegación por escrito.
5. A divulgar su expediente a un tercero tras recibir su solicitud firmada por escrito.

¿Qué hago si disputo la información de la deuda o la terminación que se presentó sobre mí?

Si no está de acuerdo con la información presentada sobre usted, debe comunicarse por escrito con el PHA que la presentó. El nombre, la dirección y los números de teléfono del PHA aparecen en el Informe sobre los Adeudos y la Terminación. Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia de este informe del PHA. Informe al PHA por qué contiene la información y proporcione toda la documentación que sustente su disputa. Las normas de retención de expedientes del HUD, que se encuentran en las partes 908 y 982 del 24 del CFR, estipulan que el PHA puede destruir sus expedientes en un plazo de tres años a partir de la fecha de terminación de su participación en el programa. Para asegurar la disponibilidad de sus expedientes, las disputas de la información sobre el adeudo original o la terminación deben hacerse en un plazo de tres años a partir de la fecha de terminación de la participación; de lo contrario, se dará por hecho que dicha información es correcta. Sólo el PHA que dio a conocer la información adversa sobre usted puede borrar o corregir su expediente.

Su declaración de bancarrota no se traducirá en la eliminación de la información sobre el adeudo o la terminación en el sistema EIV del HUD. Sin embargo, si incluyó esta deuda en su declaración de bancarrota o si el tribunal de bancarrotas lo absolvió de ella, su expediente se actualizará para incluir el indicador de bancarrota cuando usted le proporcione al PHA la documentación sobre su estado de quiebra.

El PHA le notificará por escrito de la medida que tome con respecto a su disputa en un plazo de 30 días a partir de recibida ésta por escrito. Si determina que la información disputada es incorrecta, el PHA actualizará o eliminará el expediente. Si determina que la información disputada es correcta, el PHA proporcionará una explicación de por qué lo es.

Este aviso fue proporcionado por el PHA que se indica a continuación:

Housing Authority City of Kennewick
1915 W 4th Place
Kennewick WA 99336

Por la presente reconozco que el PHA me proporcionó el Aviso de Terminación y Adeudos con el PHA:

Firma

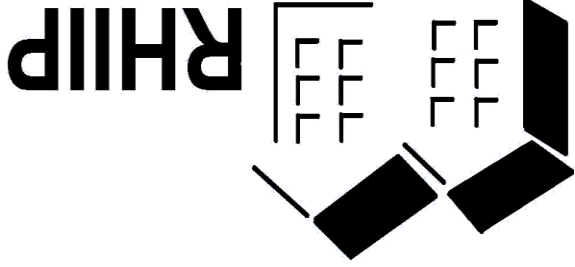
Fecha

Nombre en letra de molde



U.S. Department of Housing and Urban Development

Office of Public and Indian Housing (PIH)



RENTAL HOUSING INTEGRITY IMPROVEMENT PROJECT

What You Should Know About EIV

A Guide for Applicants & Tenants of Public Housing & Section 8 Programs

What is EIV?

The Enterprise Income Verification (EIV) system is a web-based computer system that contains employment and income information of individuals who participate in HUD rental assistance programs. All Public Housing Agencies (PHAs) are required to use HUD's EIV system.

What information is in EIV and where does it come from?

HUD obtains information about you from your local PHA, the Social Security Administration (SSA), and U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

HHS provides HUD with wage and employment information as reported by employers; and unemployment compensation information as reported by the State Workforce Agency (SWA).

SSA provides HUD with death, Social Security (SS) and Supplemental Security Income (SSI) information.

What is the EIV information used for?

Primarily, the information is used by PHAs (and management agents hired by PHAs) for the following purposes to:

1. Confirm your name, date of birth (DOB), and Social Security Number (SSN) with SSA.
2. Verify your reported income sources and amounts.
3. Confirm your participation in only one HUD rental assistance program.
4. Confirm if you owe an outstanding debt to any PHA.
5. Confirm any negative status if you moved out of a subsidized unit (in the past) under the Public Housing or Section 8 program.
6. Follow up with you, other adult household members, or your listed emergency contact regarding deceased household members.

EIV will alert your PHA if you or anyone in your household has used a false SSN, failed to report complete and accurate income information, or is receiving rental assistance at another address. **Remember, you may receive rental assistance at only one home!**

EIV will also alert PHAs if you owe an outstanding debt to any PHA (in any state or U.S. territory) and any negative status when you voluntarily or involuntarily moved out of a subsidized unit under the Public Housing or Section 8 program. This information is used to determine your eligibility for rental assistance at the time of application.

The information in EIV is also used by HUD, HUD's Office of Inspector General (OIG), and auditors to ensure that your family and PHAs comply with HUD rules.

Overall, the purpose of EIV is to identify and prevent fraud within HUD rental assistance programs, so that limited taxpayer's dollars can assist as many eligible families as possible. EIV will help to improve the integrity of HUD rental assistance programs.

Is my consent required in order for information to be obtained about me?

Yes, your consent is required in order for HUD or the PHA to obtain information about you. By law, you are required to sign one or more consent forms. When you sign a form HUD-9886 (*Federal Privacy Act Notice and Authorization for Release of Information*) or a PHA consent form (which meets HUD standards), you are giving HUD and the PHA your consent for them to obtain information about you for the purpose of determining your eligibility and amount of rental assistance. The information collected about you will be used only to determine your eligibility for the program, unless you consent in writing to authorize additional uses of the information by the PHA.

Note: If you or any of your adult household members refuse to sign a consent form, your request for initial or continued rental assistance may be denied. You may also be terminated from the HUD rental assistance program.

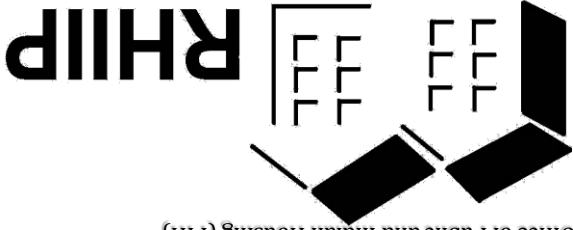
What are my responsibilities?

As a tenant (participant) of a HUD rental assistance program, you and each adult household member must disclose complete and accurate information to the PHA, including full name, SSN, and DOB; income information; and certify that your reported household composition (household members), income, and expense information is true to the best of your knowledge.



U.S. Department of Housing and Urban Development

Office of Public and Indian Housing (PIH)



RENTAL HOUSING INTEGRITY IMPROVEMENT PROJECT

Lo que usted debe

Saber sobre EIV

Una guía para inquilinos & de solicitantes de vivienda pública y programas de la sección 8

? Qué es EIV?

El sistema de verificación de renta de Enterprise (EIV) es un sistema informático basado en web que contiene información de empleo y los ingresos de las personas que participan en programas de asistencia de alquiler de HUD. Todas agencias de vivienda pública (PHAs) son necesarias para utilizar el sistema EIV de HUD.

? Qué información se encuentra en EIV y dónde procede?

HUD obtiene información acerca de usted de su PHA local, la administración de seguro social (SSA) y U.S. Departamento de salud y servicios humanos (HHS). HHS ofrece HUD con salario y la información de empleo, según lo informado por los empleadores; y la información de compensación por desempleo, según lo informado por la Agencia Estatal de la fuerza laboral (SWA).

SSA ofrece HUD con la muerte, la seguridad social (SS) y la información de ingresos de seguridad suplementarios (SSI).

? Qué se usa la información de EIV?

En primer lugar, la información es utilizada por la PHAs (y agentes de administración contratados por PHAs) para los siguientes fines para:

1. Confirmar su nombre, fecha de nacimiento (DOB) y número de seguro social (SSN) con SSA.
2. Compruebe sus fuentes indicaron que su ingreso y cantidades.
3. Confirmar su participación en un único HUD alquiler asistencia programa.
4. Confirmar si usted debe una deuda pendiente a cualquier PHA.
5. Confirmar cualquier Estado negativo si ha movido de una unidad subvencionada (en el pasado) bajo el programa de vivienda pública o de la sección 8.
6. Seguimiento con usted, a otros miembros adultos del hogar o a su contacto de emergencia lista con respecto a miembros fallecidos por hogar.

EIV enviará una alerta su PHA si usted o alguien de su hogar ha utilizado un SSN falsa, no se pudo obtener información de ingresos completa y precisa de informe, o esta recibiendo asistencia de alquiler en otra dirección. *Recuerde que puede recibir asistencia de alquiler en sólo una casa!*

EIV que también alertas de PHAs si debemos una deuda pendiente a cualquier PHA (en cualquier Estado o territorio) y ningún Estado negativo cuando usted voluntariamente o involuntariamente se mueve fuera de una unidad subvencionada bajo el programa de vivienda pública o de la sección 8. Esta información se utiliza para determinar su elegibilidad para asistencia de alquiler en el momento de la aplicación.

La información en EIV es también utilizada por HUD, Oficina del Inspector General (OIG de HUD) y auditores para garantizar que su familia y PHAs se cumplan con las reglas de HUD.

En general, el propósito de EIV es identificar y prevenir el fraude dentro de programas de asistencia de alquiler de HUD, por lo que los dólares del contribuyente limitada

pueden ayudar a tantas familias elegibles como sea posible. EIV ayudará a mejorar la integridad de los programas de asistencia de alquiler de HUD.

? Es mi consentimiento necesario para información a ser obtenida acerca de mí?

Si, se requiere su consentimiento a fin de que HUD o el PHA para obtener información acerca de usted. Por ley, se requiere firmar uno o varios formularios de consentimiento. Cuando usted firma un formulario de HUD-9886 (Ley *Federal de confidencialidad y autorización para la publicación de información*) o un PHA formulario de consentimiento (que cumple con los estándares de HUD), está dando HUD y la PHA su consentimiento para ellos obtener información acerca de usted con el fin de determinar su elegibilidad y el importe de la ayuda de alquiler. Se utilizará la información recopilada sobre usted sólo para determinar su elegibilidad para el programa, usos adicionales a menos que usted da su consentimiento por escrito a autorizar, de la información por la PHA.

Nota: Si usted o cualquiera de los miembros de su hogar adultos se niegan a firmar un formulario de consentimiento, su solicitud de asistencia de alquiler inicial o continua puede ser denegado. Usted también puede ser terminado desde el programa de asistencia de alquiler de HUD.

? Cuáles son mis responsabilidades?

Como un inquilino (participante), de un programa de asistencia de alquiler de HUD, usted y cada miembro adulto del hogar deben revelar información completa y precisa a la PHA, incluyendo nombre completo, SSN y DOB; la información de ingresos; y certifica que su hogar denunciado composición (los miembros del hogar), ingresos y gastos información es fiel a lo mejor de su conocimiento. Recuerde, usted debe notificar a su PHA si muere o se mueve de un miembro de hogar. También debe obtener la PHA de la aprobación para permitir que otros miembros de la familia o amigos mover en su casa antes de que se les moviéndose en.

Remember, you must notify your PHA if a household member dies or moves out. You must also obtain the PHA's approval to allow additional family members or friends to move in your home prior to them moving in.

What are the penalties for providing false information?

Knowingly providing false, inaccurate, or incomplete information is **FRAUD and a CRIME**.

If you commit fraud, you and your family may be subject to any of the following penalties:

1. Eviction
2. Termination of assistance
3. Repayment of rent that you should have paid had you reported your income correctly
4. Prohibited from receiving future rental assistance for a period of up to 10 years
5. Prosecution by the local, state, or Federal prosecutor, which may result in you being fined up to \$10,000 and/or serving time in jail.

Protect yourself by following HUD reporting requirements. When completing applications and reexaminations, you must include all sources of income you or any member of your household receives.

If you have any questions on whether money received should be counted as income or how your rent is determined, ask your PHA. When changes occur in your household income, contact your PHA immediately to determine if this will affect your rental assistance.

What do I do if the EIV information is incorrect?

Sometimes the source of EIV information may make an error when submitting or reporting information about you if you do not agree with the EIV information, let your PHA know.

If necessary, your PHA will contact the source of the information directly to verify disputed income documents (i.e. pay stubs, benefit award letters, bank statements, etc.) which you may have in your possession.

Debts owed to PHAs and termination information reported in EIV originates from the PHA who provided you assistance in the past. If you dispute this information, contact your former PHA directly in writing to dispute this information and provide any documentation that supports your dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record from EIV.

Employment and wage information reported in EIV originates from the employer. If you dispute this information, contact the employer in writing to dispute and/or wage information. Provide your PHA with a copy of the letter that you sent to the employer. If you are unable to get the employer to correct the information, you should contact the SWA for assistance.

Unemployment benefit information reported in EIV originates from the SWA. If you dispute this information, contact the SWA in writing to dispute and request correction of the disputed unemployment benefit information. Provide your PHA with a copy of the letter that you sent to the SWA.

Death, SS and SSI benefit information reported in EIV originates from the SSA. If you dispute this information, contact the SSA at (800) 772-1213, or visit their website at: www.socialsecurity.gov. You may need to visit your local SSA office to have disputed death information corrected.

Additional Verification. The PHA, with your consent, may submit a third party verification form to the provider (or reporter) of your income for completion and submission to the PHA.

Other Adult Signature _____

Date _____

Other Adult Signature _____

Date _____

You may also provide the PHA with third party documents (i.e. pay stubs, benefit award letters, bank statements, etc.) which you may have in your possession.

Identity Theft. Unknown EIV information to you can be a sign of identity theft. Sometimes someone else may use your SSN, either on purpose or by accident. So, if you suspect someone is using your SSN, you should check your Social Security records to ensure your income is calculated correctly (call SSA at (800) 772-1213); file an identity theft complaint with your local police department or the Federal Trade Commission (call FTC at (877) 438-4338, or you may visit their website at: <http://www.ftc.gov>). Provide your PHA with a copy of your identity theft complaint.

Where can I obtain more information on EIV and the income verification process?

Your PHA can provide you with additional information on EIV and the income verification process. You may also read more about EIV and the income verification process on HUD's Public and Indian Housing EIV web pages at: <http://www.hud.gov/offices/pih/programs/pih/iv/cim>.

The information in this Guide pertains to applicants and participants (tenants) of the following HUD-PH rental assistance programs:

1. Public Housing (24 CFR 960); and
2. Section 8 Housing Choice Voucher (HCV), (24 CFR 982); and
3. Section 8 Moderate Rehabilitation (24 CFR 882); and
4. Project-Based Voucher (24 CFR 983)

My signature below is confirmation that I have received this Guide.

Head of Household Signature _____

Date _____

Other Adult Signature _____

Date _____

¿Cuáles son las sanciones por proporcionar

información falsa?

Proporcionar deliberadamente falsa, inexacta, o información incompleta es *fraude y una delincuencia*.

Si se cometen fraude, usted y su familia pueden estar sujetos a cualquiera de las siguientes sanciones:

1. Desalojo
2. Terminación de la asistencia
3. Reembolso de alquiler que usted debe ha pagado
4. Prohibición de recibir asistencia de alquiler futuro
5. Acusación por el fiscal federal, estatal o local, que puede resultar en que ser multado con hasta 10,000 dólares y de la hora de servir en la cárcel.

Protegerse por HUD siguiente requerimientos de

reporting. Al completar aplicaciones y reexaminations, debe incluir todas las fuentes de ingresos que recibe de usted o cualquier miembro de su hogar.

Si tienes alguna pregunta sobre si se debe contar dinero recibido como ingresos o como se determina su alquiler, **pedir su PHA**.

Cuando ocurren cambios en su ingreso familiar, **póngase en contacto con su PHA inmediatamente** determinar si esto afectará su asistencia de alquiler.

¿Qué hago si la información de EIV es incorrecta?

A veces la fuente de información de EIV puede hacer un error al enviar o información acerca de usted. Si no está de acuerdo con la información de EIV, saber su PHA. Si es necesario, su PHA pondremos en contacto con la fuente de la información directamente para verificar la información de la disputa de los ingresos. A continuación se encuentran los procedimientos que usted y el PHA deben seguir con respecto a información incorrecta de EIV.

Deudas deben a PHAs e información de terminación

informo en EIV se origina en la PHA que le proporcionaron ayuda en el pasado. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con su ex PHA directamente por escrito a la disputa de esta información y proporcionar toda la documentación que sea compatible con la disputa. Si el

PHA determina que la información disputada es incorrecta,

el PHA se actualizar o eliminar el registro de EIV.

Empleo y información de salario informo en EIV se

origina en el empleador. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el empleador por escrito a la disputa y solicitud de corrección de la disputa de empleo y/o la información de salarios. Proporcionar su PHA con una copia de la carta que envió a su empleador. Si no puede obtener el empleador para corregir la información, ponerse en contacto con el SWA para asistencia.

Desempleo beneficiarse de información informo en EIV se origina en la SWA. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el SWA por escrito a la disputa y solicitud de corrección de la información de beneficios de desempleo disputa. Proporcionar su PHA con una copia de la carta que envió a la SWA.

Información de beneficio de muerte, SS y SSI informo en

EIV se origina del SSA. Si usted disputa esta información, póngase en contacto con el SSA en 772-1213 (800), o visite su sitio Web en: www.socialsecurity.gov. Que necesite visitar su oficina local de la SSA para han cuestionado la muerte información corregida.

Verificación adicional. El PHA, con su consentimiento,

podrá presentar un formulario de verificación de terceros para el proveedor (o reportero) de sus ingresos para su terminación y presentación a la PHA.

También puede proporcionar la PHA con documentos de terceros (es decir, Wikipedia: Esbozo de remuneración, beneficio cartas de premio, extractos bancarios, etc.) que puede tener en su posesión.

Robo de identidad. EIV desconocido información le puede ser un signo de robo de identidad. A veces alguien puede utilizar su SSN, a propósito o por accidente. Por lo tanto, si sospecha que alguien está usando su SSN, debe

comprobar los registros de seguridad social para garantizar que sus ingresos se calculan correctamente (llamar a la SSA al (800) 772-1213); archivo de una denuncia de robo de identidad con su departamento de policía local o la Comisión Federal de comercio (llamada FTC al (877) 438-4388, o usted puede visitar su sitio Web en:

<http://www.ftc.gov>). Proporcionar su PHA con una copia de su queja de robo de identidad.

¿Donde puedo obtener más información sobre EIV y el proceso de verificación de ingresos?

Su PHA puede proporcionar información adicional sobre EIV y el proceso de verificación de ingresos. También puede leer más sobre EIV y la verificación de ingresos procesan en del HUD públicas y vivienda de India de EIV de páginas web en: <http://www.hud.gov/offices/pih/programs/pih/thr/hi/hi.cfm>

La información de esta guía se refiere a los solicitantes y participantes (inquilinos) de los siguientes programas de asistencia de alquiler de HUD-PH:

1. Público de vivienda (24 CFR 960); y
2. Sección 8 Housing Choice Voucher (VHC), (24 CFR 982); y
3. La sección 8 de rehabilitación moderada (24 CFR 882); y
4. Basado en el proyecto vale (24 CFR 983)

Firma de Cabeza de Casa

Firma de Otro Adulto

Firma de Otro Adulto

Firma de Otro Adulto



Re-Certification General Release

I, _____ declare under penalty of perjury, as head of household that I/we have completed this document to the best of my knowledge and all the information provided is true, correct, and complete. I understand that any misrepresentation of information or failure to disclose information requested on this form may be grounds for termination of assistance and that obtaining rent subsidy by false information may result in legal action against me and retroactive rental subsidy repayment.

If I did fail to answer any questions or sections of the submitted documents I give the Kennewick Housing Authority (KHA) permission to contact me via phone or email (listed below) in order to complete the required documents in full. I also understand that I am responsible for contacting my housing specialist if I have any further questions.

Head of Household Signature Date

Phone Number Message Number

Email

Due to the Covid-19 pandemic Housing Specialists may be working a shortened work week. If they are in the office they will contact you within 72 hours upon submission of this document to address further questions.

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: _____



Autorización General de Recertificación

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 _____

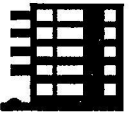
Contacted client on ___/___/___ at ___:___ am/pm Via: Phone/Email/Other _____

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

Staff Name: _____ Staff Signature: _____



Housing Authority City of Kennewick



FSS OFFER LETTER

January 9, 2024

Dear KHA Participant,

Have you heard about KHA’s Family Self Sufficiency Program (FSS)? Are you expecting a rent increase because you or someone in your household is making more money at work? Would you like the chance to save that increase toward your future financial goals?

If your rent is increasing, you can save money by enrolling in the FSS program if you sign up **TWO** months before your rent is scheduled to increase.

What is the Family Self-Sufficiency (FSS) Program?

It is a voluntary program administered by the Housing Authority City of Kennewick (KHA) that helps individuals and families become economically independent. This program helps participants who are unemployed or underemployed achieve goals that will enable them to become financially self-sufficient within five (5) years.

How Does FSS Work?

Each adult in the household voluntarily enrolls by filling out an application, meeting with the program coordinator, and signing a Contract of Participation with the KHA. The contract outlines the responsibilities of the participant and KHA to meet identified goals to achieve self-sufficiency. The participant works with the program coordinator who helps then define career goals and the available resources to achieve the goals.

What is FSS Escrow Account?

Participating families receive an interest-bearing escrow savings account that accrues as the household’s earned income increases. You are rewarded when you earn more money at work. When you, or a household member, increase your earned income (by a raise, new job or extra hours) you get to save part of your monthly rent increase! KHA will automatically deposit a part of your monthly rent increase into your FSS Savings Account. You may receive the full funds in the account upon graduating. Once the family has successfully completed his or her five-year contract and has fulfilled their goals, the escrow account is theirs to use as they wish!

Who is Eligible?

Anyone currently participating in KHA’s Section 8 Housing Choice Voucher and Public Housing Programs who wish to become independent of all welfare programs may enroll. Participant must be willing and able to work and be a KHA participant in good standing.

Are you interested in a consultation with the FSS Program Coordinator?

- Yes, I would like a consultation with the FSS Program Coordinator.
- No, I am **NOT** interested in the FSS program currently.
- I am already enrolled in the FSS Program.



Signature of KHA Program Participant

Date

Print Name of Program Participant

Last Four of Social Security Number

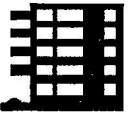
Remember the FSS program is a beneficial program and voluntary program. Participation does not affect your housing assistance. Let your current Housing Specialist know that you are interested in the FSS program or contact the FSS Coordinator at (509) 586-8576 x109.

Thank you for your consideration interest in KHA’s FSS Program. KHA looks forward to working with you on your path to self-sufficiency.

Sincerely,
FSS Coordinator
CC: Client file



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

Client Identification			
NAME	DATE OF BIRTH	IDENTIFICATION NUMBER	
ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
TELEPHONE NUMBER (INCLUDE AREA CODE)	OTHER INFORMATION		



Consent

Notice to Clients: The Department of Social and Health Services (DSHS) can help you better if we are able to work with other agencies and professionals that know you and your family. By signing this form, you are giving permission for DSHS and the agencies and individuals listed below to use and share confidential information about you. DSHS cannot refuse you benefits if you do not sign this form unless your consent is needed to determine your eligibility. If you do not sign this form, DSHS may still share information about you to the extent allowed by law. If you have questions about how DSHS shares client confidential information or your privacy rights, please consult the DSHS Notice of Privacy Practices or ask the person giving you this form.

Consent

1. I consent to the use of confidential information about me within DSHS to plan, provide, and coordinate services, treatment, payments, and benefits for me or for other purposes authorized by law. I also grant permission to DSHS and the below listed agencies, providers, or persons to use my confidential information and disclose it to each other for these purposes. Information may be shared verbally or electronically, by mail, or hand delivery.

Reason for Disclosure: This information is required before DSHS can share drug and alcohol or mental health records. If you do not fill in this field, DSHS will note the reason for disclosure as being at your request.

Please check all below who are included in this consent in addition to DSHS and identify them by name and address:

- Health care providers: _____
- Mental health care providers: _____
- Substance use disorder service providers: _____
- Other DSHS contracted providers: _____
- Housing programs: **Housing Authority City of Kennewick** _____
- School districts or colleges: _____
- Department of Corrections: _____
- Employment Security Department and its employment partners: _____
- Social Security Administration or other federal agency: _____
- See attached list
- Other: _____

2. Reason for disclosure: Continuity of care Legal Personal Other: **Housing Assistance**

3. I authorize and consent to sharing the following records and information (check all that apply):

- All my client records Records on attached list
- Only the following records
 - Family, social and employment history
 - Treatment or care plans
 - Payment records
 - Individual assessments
 - School, education, and training
 - Mental health care information (specify): _____
 - Health care information (specify): _____
 - Other (list): _____

Identificación del cliente			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	OTRA INFORMACIÓN		



Consentimiento Consent

Aviso a los clientes: El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) puede ayudarle mejor si podemos colaborar con otras agencias y profesionales que los conocen a usted y a su familia. Al firmar este formulario usted otorga su permiso para que el DSHS y las agencias y las personas mencionadas a continuación utilicen e intercambien información confidencial referente a usted. El DSHS no puede negarle beneficios por no firmar este formulario, a menos que su consentimiento sea necesario para determinar su elegibilidad. Si no firma este formulario, el DSHS aún puede compartir información referente a usted, en la medida en que lo permite la ley. Si tiene preguntas sobre cómo el DSHS comparte información confidencial del cliente o sobre sus derechos de privacidad, consulte el aviso de prácticas de privacidad del DSHS o pregúntele a la persona que le dio este formulario.

Consentimiento
<p>1. Otorgo mi consentimiento para el uso de información confidencial sobre mi persona para que el DSHS pueda planificar, proveer y coordinar servicios, tratamientos, pagos y beneficios para mí, así como para otros fines autorizados por la ley. También otorgo mi permiso al DSHS y a las agencias, los proveedores y las personas que se mencionan a continuación para que utilicen mi información confidencial y la intercambien con estos fines. La información puede ser compartida verbalmente, por medios electrónicos, por correo o por entrega en mano.</p> <p>Motivo de la divulgación: Esta información es necesaria antes de que el DSHS pueda compartir registros sobre drogas y alcohol y sobre salud mental. Si no llena este campo, el DSHS registrará que el motivo de la divulgación es por solicitud de usted.</p> <p>Marque a continuación todas las personas y organizaciones incluidas en este consentimiento, además del DSHS, e identifíquelas por nombre y dirección:</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de salud: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de salud mental: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios para trastornos de consumo de sustancias: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros proveedores contratados por el DSHS: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Programas de vivienda: Housing Authority City of Kennewick _____</p> <p><input type="checkbox"/> Distritos escolares y universidades: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Correccionales: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Seguridad del Empleo y sus socios para servicios de empleo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social u otra agencia federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ver la lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>2. Motivo de la divulgación: <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/> Otro: Asistencia de Vivienda</p>
<p>3. Autorizo y consiento a que se compartan los siguientes registros e información (marque todos los que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Todos mis registros de cliente <input type="checkbox"/> Los registros en la lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo los siguientes registros</p> <p><input type="checkbox"/> Historia familiar, social y laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Planes de tratamiento o atención</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Registros de pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluaciones individuales</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre atención de salud mental (especifique):</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre servicios de salud (especifique):</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (indicar):</p>

Client Identification		
NAME	DATE OF BIRTH	IDENTIFICATION NUMBER
<p>Please note: If your client records include any of the following information, you must also complete this section to include these records.</p> <p>I give my permission to disclose the following records (check all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health <input type="checkbox"/> HIV/AIDS and STD test results, diagnosis, or treatment <input type="checkbox"/> Substance Use Disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> • This consent is valid for one-year or <input type="checkbox"/> until _____ (date or event). • I may revoke or withdraw this consent at any time in writing, but that will not affect any information already shared. • I understand that records shared under this consent may no longer be protected under the laws that apply to DSHS. • A copy of this form is valid to give my permission to share records. 		
SIGNATURE		DATE
WITNESS / NOTARY SIGNATURE, IF APPLICABLE	WITNESS / NOTARY PRINTED NAME	DATE
PARENT OR OTHER REPRESENTATIVE'S SIGNATURE (IF APPLICABLE)	TELEPHONE NUMBER (INCLUDE AREA CODE)	DATE
<p>If I am not the subject of the records, I am authorized to sign because I am the: (attach proof of authority)</p> <p><input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian (attach court order) <input type="checkbox"/> Personal representative <input type="checkbox"/> Other:</p>		

Notice to Recipients of Information: If these records contain information about HIV, STDs, or AIDS, you may not further disclose that information without the client's specific permission. If you have received information related to drug or alcohol abuse by the client, you must include the following statement when further disclosing information as required by 42 CFR 2.32:

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Identificación del cliente		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
<p>Recuerde: Si sus registros de cliente incluyen cualquiera de la siguiente información, debe además llenar esta sección para incluir estos registros:</p> <p>Otorgo mi permiso para divulgar los siguientes registros (marque todos los que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos de VIH/sida y ETS</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de consumo de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este consentimiento es válido por un año o <input type="checkbox"/> hasta _____ (fecha o suceso). • Puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya compartida. • Entiendo que los registros compartidos bajo este consentimiento podrían ya no estar protegidos por las leyes de privacidad que se aplican al DSHS. • Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para compartir registros. 		
FIRMA		FECHA
FIRMA DEL TESTIGO / NOTARIO, SI CORRESPONDE	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO / NOTARIO	FECHA
FIRMA DEL PADRE/LA MADRE U OTRO REPRESENTANTE (SI CORRESPONDE)	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	FECHA
<p>Si no soy la persona a la que se refieren los registros, tengo autorización para firmar dado que soy: (anexar comprobante de autoridad)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal (adjuntar orden judicial) <input type="checkbox"/> Representante personal <input type="checkbox"/> Otro:</p>		

Aviso a los destinatarios de información: Si estos registros contienen información sobre VIH, ETS o sida, es posible que ya no pueda difundir dicha información sin el permiso específico del cliente. Si ha recibido información relacionada con **abuso de drogas o alcohol** por parte del cliente, debe incluir la siguiente declaración cuando se divulgue más información de acuerdo a 42 CFR 2.32:

Esta información ha sido divulgada a usted desde registros protegidos por las leyes de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las Leyes federales le prohíben divulgar a su vez esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o que de otra manera esté permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.

Client Identification			
NAME	DATE OF BIRTH	IDENTIFICATION NUMBER	
ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
TELEPHONE NUMBER (INCLUDE AREA CODE)	OTHER INFORMATION		



Consent

Notice to Clients: The Department of Social and Health Services (DSHS) can help you better if we are able to work with other agencies and professionals that know you and your family. By signing this form, you are giving permission for DSHS and the agencies and individuals listed below to use and share confidential information about you. DSHS cannot refuse you benefits if you do not sign this form unless your consent is needed to determine your eligibility. If you do not sign this form, DSHS may still share information about you to the extent allowed by law. If you have questions about how DSHS shares client confidential information or your privacy rights, please consult the DSHS Notice of Privacy Practices or ask the person giving you this form.

Consent

1. I consent to the use of confidential information about me within DSHS to plan, provide, and coordinate services, treatment, payments, and benefits for me or for other purposes authorized by law. I also grant permission to DSHS and the below listed agencies, providers, or persons to use my confidential information and disclose it to each other for these purposes. Information may be shared verbally or electronically, by mail, or hand delivery.

Reason for Disclosure: This information is required before DSHS can share drug and alcohol or mental health records. If you do not fill in this field, DSHS will note the reason for disclosure as being at your request.

Please check all below who are included in this consent in addition to DSHS and identify them by name and address:

- Health care providers: _____
- Mental health care providers: _____
- Substance use disorder service providers: _____
- Other DSHS contracted providers: _____
- Housing programs: **Housing Authority City of Kennewick** _____
- School districts or colleges: _____
- Department of Corrections: _____
- Employment Security Department and its employment partners: _____
- Social Security Administration or other federal agency: _____
- See attached list
- Other: _____

2. Reason for disclosure: Continuity of care Legal Personal Other: **Housing Assistance**

3. I authorize and consent to sharing the following records and information (check all that apply):

- All my client records Records on attached list
- Only the following records
 - Family, social and employment history
 - Treatment or care plans
 - Payment records
 - Individual assessments
 - School, education, and training
 - Mental health care information (specify): _____
 - Health care information (specify): _____
 - Other (list): _____

Identificación del cliente			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)		OTRA INFORMACIÓN	



Consentimiento Consent

Aviso a los clientes: El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) puede ayudarle mejor si podemos colaborar con otras agencias y profesionales que los conocen a usted y a su familia. Al firmar este formulario usted otorga su permiso para que el DSHS y las agencias y las personas mencionadas a continuación utilicen e intercambien información confidencial referente a usted. El DSHS no puede negarle beneficios por no firmar este formulario, a menos que su consentimiento sea necesario para determinar su elegibilidad. Si no firma este formulario, el DSHS aún puede compartir información referente a usted, en la medida en que lo permite la ley. Si tiene preguntas sobre cómo el DSHS comparte información confidencial del cliente o sobre sus derechos de privacidad, consulte el aviso de prácticas de privacidad del DSHS o pregúntele a la persona que le dio este formulario.

Consentimiento
<p>1. Otorgo mi consentimiento para el uso de información confidencial sobre mi persona para que el DSHS pueda planificar, proveer y coordinar servicios, tratamientos, pagos y beneficios para mí, así como para otros fines autorizados por la ley. También otorgo mi permiso al DSHS y a las agencias, los proveedores y las personas que se mencionan a continuación para que utilicen mi información confidencial y la intercambien con estos fines. La información puede ser compartida verbalmente, por medios electrónicos, por correo o por entrega en mano.</p> <p>Motivo de la divulgación: Esta información es necesaria antes de que el DSHS pueda compartir registros sobre drogas y alcohol y sobre salud mental. Si no llena este campo, el DSHS registrará que el motivo de la divulgación es por solicitud de usted.</p> <p>Marque a continuación todas las personas y organizaciones incluidas en este consentimiento, además del DSHS, e identifíquelas por nombre y dirección:</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de salud: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de salud mental: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios para trastornos de consumo de sustancias: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros proveedores contratados por el DSHS: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Programas de vivienda: Housing Authority City of Kennewick _____</p> <p><input type="checkbox"/> Distritos escolares y universidades: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Correccionales: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Seguridad del Empleo y sus socios para servicios de empleo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social u otra agencia federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ver la lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>2. Motivo de la divulgación: <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/> Otro: Asistencia de Vivienda</p>
<p>3. Autorizo y consiento a que se compartan los siguientes registros e información (marque todos los que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Todos mis registros de cliente <input type="checkbox"/> Los registros en la lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo los siguientes registros</p> <p><input type="checkbox"/> Historia familiar, social y laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Planes de tratamiento o atención</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Registros de pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluaciones individuales</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre atención de salud mental (especifique):</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre servicios de salud (especifique):</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (indicar):</p>

Client Identification		
NAME	DATE OF BIRTH	IDENTIFICATION NUMBER
<p>Please note: If your client records include any of the following information, you must also complete this section to include these records.</p> <p>I give my permission to disclose the following records (check all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health <input type="checkbox"/> HIV/AIDS and STD test results, diagnosis, or treatment <input type="checkbox"/> Substance Use Disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> • This consent is valid for one-year or <input type="checkbox"/> until _____ (date or event). • I may revoke or withdraw this consent at any time in writing, but that will not affect any information already shared. • I understand that records shared under this consent may no longer be protected under the laws that apply to DSHS. • A copy of this form is valid to give my permission to share records. 		
SIGNATURE		DATE
WITNESS / NOTARY SIGNATURE, IF APPLICABLE	WITNESS / NOTARY PRINTED NAME	DATE
PARENT OR OTHER REPRESENTATIVE'S SIGNATURE (IF APPLICABLE)	TELEPHONE NUMBER (INCLUDE AREA CODE)	DATE
<p>If I am not the subject of the records, I am authorized to sign because I am the: (attach proof of authority)</p> <p><input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian (attach court order) <input type="checkbox"/> Personal representative <input type="checkbox"/> Other:</p>		

Notice to Recipients of Information: If these records contain information about HIV, STDs, or AIDS, you may not further disclose that information without the client's specific permission. If you have received information related to drug or alcohol abuse by the client, you must include the following statement when further disclosing information as required by 42 CFR 2.32:

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Identificación del cliente		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
<p>Recuerde: Si sus registros de cliente incluyen cualquiera de la siguiente información, debe además llenar esta sección para incluir estos registros:</p> <p>Otorgo mi permiso para divulgar los siguientes registros (marque todos los que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos de VIH/sida y ETS</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de consumo de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este consentimiento es válido por un año o <input type="checkbox"/> hasta _____ (fecha o suceso). • Puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya compartida. • Entiendo que los registros compartidos bajo este consentimiento podrían ya no estar protegidos por las leyes de privacidad que se aplican al DSHS. • Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para compartir registros. 		
FIRMA		FECHA
FIRMA DEL TESTIGO / NOTARIO, SI CORRESPONDE	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO / NOTARIO	FECHA
FIRMA DEL PADRE/LA MADRE U OTRO REPRESENTANTE (SI CORRESPONDE)	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	FECHA
<p>Si no soy la persona a la que se refieren los registros, tengo autorización para firmar dado que soy: (anexar comprobante de autoridad)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal (adjuntar orden judicial) <input type="checkbox"/> Representante personal <input type="checkbox"/> Otro:</p>		

Aviso a los destinatarios de información: Si estos registros contienen información sobre VIH, ETS o sida, es posible que ya no pueda difundir dicha información sin el permiso específico del cliente. Si ha recibido información relacionada con **abuso de drogas o alcohol** por parte del cliente, debe incluir la siguiente declaración cuando se divulgue más información de acuerdo a 42 CFR 2.32:

Esta información ha sido divulgada a usted desde registros protegidos por las leyes de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las Leyes federales le prohíben divulgar a su vez esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o que de otra manera esté permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.

Instructions for Completing the Consent Forms, DSHS 14-012

Use: Use this form when you need consent to use or share confidential information about a client on a continuing basis about a client within DSHS or to disclose that information to other agencies to coordinate services or for treatment, payment or agency operations or for other purposes recognized by law.

Fill out this form electronically if possible. You must complete **a separate form for each person, including children.** .

Parts of Form:

IDENTIFICATION:

- Name: Provide the name of only one client on each form. Include any former names that client may have used when receiving services.
- Date of Birth: Needed to identify client from persons with similar names.
- Identification Number: Provide a client identification number or other identifier such as a social security number (not required) to assist in identifying records and tracking history and services received.
- Other: Include in this box any additional information that may help to locate records, such as DSHS involved with services, names of family members, or other relevant information.

CONSENT (AUTHORIZATION):

- Reason for disclosure: This information is required before DSHS can share drug and alcohol or mental health records. If you do not fill in this field, DSHS will note the reason for disclosure as being at your request.
- Agencies or persons exchanging records: This completed form allows: (1) the use and disclosure of confidential information inside DSHS and with the agencies or persons listed; and (2) disclosure of confidential information to DSHS by the outside agencies or persons listed. You may also attach a list of agencies allowed to share information, which the client must also sign.
- Information included: Clients must indicate what records are covered by the consent. Clients may make all records available or may limit the included records by date, type or source of record. If a client does not sign a consent or does not specify a particular record, sharing of that record will still be allowed if permitted by law. You may attach a list of covered records that the client must also sign. If any records include information relating to mental health (RCW 71.05.620), HIV/AIDS or STD testing or treatment (RCW 70.02.220), or drug and alcohol services (42 CFR 2.31(a)(5)), the client must mark these areas specifically to give permission to share these records. This form is not valid to include psychotherapy notes under 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); a separate form must be completed to include those records.
- Duration: Include an expiration date for the consent, if different than one year. The consent will expire in one year unless you identify a different date.
- Understanding: Be sure the client understands what permission is being granted and how and why information will be shared. If needed, use a translated form and interpreter or read the form aloud. If the client needs more information, provide an additional copy of the DSHS Notice of Privacy Practices or refer the client to the public disclosure officer for your unit.

SIGNATURES:

- Client: Have client or a child over age of consent (13 for mental health and drug and alcohol services; 14 for HIV/AIDS and other STDs; any age for birth control and abortions; 18 for health care and other records) sign this box and insert the date of signature. The client may substitute a mark in this box that you witness.
- Witness or Notary: A witness or notary may be needed to verify the client's identity if the client does not submit this form in person or if a program requests verification. This person should sign and print his or her name.
- Parent or Other Representative: If the client is a child under the age of consent, a parent or guardian must sign. If the child does not meet the age of consent for all records to be shared, both the child and the parent must sign. If the client has been declared legally incompetent, the court appointed guardian must sign and provide a copy of the order of appointment. If someone is signing in another capacity (including a person with a power of attorney or an estate representative), mark "other" and obtain a copy of the legal authority to act. The person signing must date the signature and give a telephone number or contact information.

Instrucciones para contestar los formularios de consentimiento, DSHS 14-012

Uso: Use este formulario cuando necesite consentimiento para usar o divulgar continuamente información confidencial sobre un cliente dentro del DSHS o para divulgar esa información a otras agencias con el fin de coordinar servicios o para tratamientos, pagos u operaciones de la agencia, o con otros fines reconocidos por la ley.

Llene este formulario de manera electrónica, si es posible. Debe llenar **un formulario separado para cada persona, incluidos niños.**

Partes del formulario:

IDENTIFICACIÓN:

- **Nombre:** Escriba el nombre de un solo cliente en cada formulario. Incluya todos los nombres que el cliente haya usado antes para recibir servicios.
- **Fecha de nacimiento:** Necesaria para distinguir al cliente de personas con nombres similares.
- **Número de identificación:** Proporcione un número de identificación de cliente u otro identificador, como un número de seguro social (no obligatorio) para ayudar a la identificación de los registros y para dar seguimiento a la historia y los servicios recibidos.
- **Otro:** Incluya en este cuadro toda la información adicional que pueda ayudar a localizar registros, como las partes del DSHS que participaron en los servicios, nombres de familiares, y otros datos pertinentes.

CONSENTIMIENTO (AUTORIZACIÓN):

- **Motivo de la divulgación:** Esta información es necesaria antes de que el DSHS pueda compartir registros sobre drogas y alcohol y sobre salud mental. Si no llena este campo, el DSHS registrará que el motivo de la divulgación es por solicitud de usted.
- **Agencias o personas que intercambian registros:** Este formulario contestado permite: (1) el uso y la divulgación de información confidencial dentro del DSHS y con las agencias y personas mencionadas; y (2) la divulgación de información confidencial al DSHS por parte de las agencias o personas externas mencionadas. También puede adjuntar una lista de agencias que tienen permitido compartir información, que también debe estar firmada por el cliente.
- **Información incluida:** Los clientes deben indicar qué registros están cubiertos por el consentimiento. Los clientes pueden permitir el acceso a todos los registros, o pueden limitar los registros incluidos por fecha, tipo o fuente del registro. Si un cliente no firma un consentimiento o no especifica un registro en particular, aún se podrá compartir ese registro si lo permite la ley. También puede adjuntar una lista de registros cubiertos, que también debe estar firmada por el cliente. Si estos registros incluyen información relacionada con la salud mental (RCW 71.05.620), exámenes o tratamiento de VIH/sida o ETS (RCW 70.02.220, o servicios para tratar la drogadicción o el alcoholismo (42 CFR 2.31(a)(5)), el cliente debe marcar específicamente estas áreas para dar su permiso para compartir estos registros. Este formulario no tiene validez para incluir notas de psicoterapia en los términos de 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) y debe llenarse un formulario por separado para incluir esos registros.
- **Duración:** Incluya una fecha de expiración para el consentimiento si su duración será distinta a un año. El consentimiento expirará en un año si no identifica una fecha diferente.
- **Comprensión:** Asegúrese que el cliente entienda que permisos está otorgando y explique cómo y por qué se compartirá la información. Si es necesario, utilice un formulario traducido y un intérprete o lea el formulario en voz alta. Si el cliente necesita más información, proporcione una copia adicional del aviso de prácticas de privacidad del DSHS o dirija al cliente al funcionario de divulgación pública de su unidad.

FIRMAS:

- **Cliente:** Pida al cliente o al menor de edad que sea mayor a la edad de consentimiento (13 años para salud mental y servicios por drogas y alcohol; 14 años para información sobre sida y otras ETS; cualquier edad para anticonceptivos y abortos; 18 años para registros de salud y de otros tipos) que firme este cuadro y escriba la fecha de la firma. El cliente puede sustituir la firma con una marca en este cuadro, si usted es testigo.
- **Testigo o notario:** Podría ser necesario que un testigo o notario verifique la identidad del cliente si este no presenta este formulario en persona o si un programa solicita la verificación. Esta persona debe firmar y escribir su nombre con letra de molde.
- **Padre, madre u otro representante:** Si el cliente es menor a la edad de consentimiento, un padre, madre o tutor debe firmar. Si el menor de edad no ha cumplido la edad de consentimiento para todos los registros a compartir, tanto el menor como los padres deben firmar. Si el cliente ha sido declarado legalmente incompetente, el tutor designado por la corte debe firmar y entregar una copia de la orden de designación. Si alguien más firmará en otra capacidad (como una persona con poder notarial o un albacea), marque "otro" y proporcione una copia de la autorización para actuar. La persona que firma debe fechar su firma y proporcionar un número de teléfono o su información de contacto.