

# GUARDE ESTA HOJA DE INFORMACIÓN PARA REFERENCIA FUTURA

## INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE VIVIENDA PÚBLICA SOLAMENTE

1. Esta solicitud es para vivienda pública solamente.
2. **Complete en su totalidad la solicitud adjunta.** Una solicitud incompleta nos se procesará.
3. Las solicitudes pueden enviarse por correo o se pueden entregar en:

LOUISVILLE METRO HOUSING AUTHORITY  
420 S. 8TH STREET  
LOUISVILLE, KY 40203

**VIVIENDA PÚBLICA:** La vivienda pública es uno de los programas del gobierno federal para asistir a las familias elegibles de bajos ingresos para asegurar una vivienda sanitaria, segura y decente. La Autoridad de Vivienda administra este programa en el área de Louisville Metro. La Cabeza de la Familia debe tener por lo menos **18 años de edad o estar legalmente emancipada** a fin de poder participar en el programa.

### ELEGIBILIDAD

1. La Cabeza de la Familia debe tener por lo menos 18 años de edad o estar legalmente emancipado.
2. Por lo menos un miembro del grupo familiar debe tener condición de inmigración legal para calificar para la Vivienda Pública.
3. El ingreso familiar no puede exceder:

### NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA/LÍMITES DE INGRESO ANUAL BRUTO MÁXIMO EFECTIVO A MARCH 2020

1	2	3	4	5	6	7	8
43,400	49,600	55,800	62,000	67,000	71,950	76,900	81,850

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

### FUENTES DE INGRESOS

Algunos ejemplos de ingresos son los salarios (salarios brutos antes de las deducciones) o el pago por el cuidado de niños u otros servicios, que usted o cualquier miembro del grupo familiar mayor de 18 recibe regularmente. Otros ejemplos de cheques o dinero para cualquier miembro del grupo familiar, sin tener en cuenta la edad, que deben listarse: KTAP, Seguro Social, SSI, Pensiones, Compensación por Discapacidad, Compensación por Desempleo, Interés, Prestar Cuidados, Pensión Alimenticia, Manutención del Menor, Anualidades, Dividendos, Ingresos por Alquiler de Propiedades, Fuerzas Armadas y Reservas. **TAMBIÉN DEBE LISTAR TODOS LOS BIENES DE TODA LA FAMILIA.**

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

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

### REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA EL TAMAÑO DE LOS DORMITORIOS

1. A la cabeza de la familia se le asigna su propio dormitorio, el que podrá compartirse solamente con un adulto cohabitante.
2. No más dos personas pueden compartir un dormitorio
3. Los niños del sexo opuesto, menores de cuatro años de edad, compartirán un dormitorio.

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

### PARTICIPACIÓN PASADA

Si usted ha sido un participante con la Autoridad de Vivienda de Louisville Metro (LMHA, por sus siglas en inglés) o cualquier otra agencia de Vivienda Pública anteriormente y se fue debiendo dinero a LMHA, la política de la Autoridad de Vivienda es que todos los reclamos pendientes **deben pagarse en su totalidad para la consideración de asistencia nuevamente.**

### PRIORIDAD DE SERVICIO

La lista de espera se compone de cuatro (4) categorías, (1) familias con preferencias locales, (2) familias sin preferencias locales, (3) personas solteras con preferencias locales, y (4) personas solteras sin preferencias locales. Todos los solicitantes recibirán comunicación de la lista de espera basado en el tamaño de dormitorio necesario y las preferencias.

### PREFERENCIAS

#### PREFERENCIAS LOCALES

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

1. DESPLAZAMIENTO INVOLUNTARIO POR VIOLENCIA FÍSICA
2. DESPLAZAMIENTO INVOLUNTARIO – ACCIÓN DEL GOBIERNO
3. INFRAVIVIENDA
4. FAMILIAS QUE PAGAN MÁS DEL 50% DE LOS INGRESOS (ANTES DE LOS IMPUESTOS) POR ALQUILER Y SERVICIOS PÚBLICOS
5. SIN HOGAR

**QUÉ DEBE HACER USTED DESPUÉS DE ENVIAR POR CORREO O ENTREGAR LA SOLICITUD**

Debe hacernos saber si hay un cambio de dirección, de composición familiar y de información para darle una preferencia.

Todas las notificaciones de cambios debe presentarse **POR ESCRITO** a la Autoridad de Vivienda en la siguiente dirección:

**Attention: Public Housing Wait List  
Louisville Metro Housing Authority  
420 S 8<sup>th</sup> Street  
Louisville, KY 40203**

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

**PARA MÁS INFORMACIÓN**, llame al (502) 569-3400 entre las 2:00 pm – 5:00 pm, de lunes a viernes.

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

Formulario de la Hoja de Información de Solicitud de LMHA (2/2021)

## **DEVUELVA ESTE FORMULARIO SOLAMENTE**

ESTA DECLARACIÓN PERSONAL/PRE-SOLICITUD PUEDE ENVIARSE POR CORREO A: LOUISVILLE METRO HOUSING AUTHORITY, 420 S. 8TH STREET, LOUISVILLE, KY 40203 \*\*\*POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA \*\*\*  
NO COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES PUEDE DEMORAR QUE SE PROCESA SU SOLICITUD.

### **I. INFORMACIÓN PERSONAL**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del medio) (Apellido de soltera, si corresponde)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal) (Teléfono de la casa) (Teléfono del trabajo)

### **\*\*\*USADO PARA FINES ESTADÍSTICOS ÚNICAMENTE\*\*\***

**RAZA** (INDIQUE SOLAMENTE UNA):  Blanca  Negra  Indio Americano/Nativo de Alaska  Isleño del Pacífico

**ORIGEN ÉTNICO** (INDIQUE SOLAMENTE UNO):  Hispano  No hispano

### **LISTE TODAS LAS PERSONAS INCLUYENDO A USTED MISMO QUE VIVIRÁN CON USTED EN LA VIVIENDA ASISTIDA**

No tiene que decirnos sobre la condición de Número de Seguro Social, ciudadanía o inmigración de usted o de cualquiera que viva en su casa que no quiera recibir beneficios. Otros miembros del grupo familiar aun pueden recibir beneficios si califican. Por lo menos un miembro del grupo familiar debe tener condición legal de inmigraciones para calificar para la Vivienda Pública.

(Nombre legal completo)	(Relación)	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Nº Seguro Social
_____	<b>CABEZA</b>	____/____/____	_____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____

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

Si usted es una familia de una sola persona, indique aquí si está embarazada \_\_\_\_\_ Fecha de parto: \_\_\_\_\_

¿Está inscripto en una institución de educación superior?  Sí  No ¿Es veterano?  Sí  No

¿Algún miembro listado arriba es minusválido física o mentalmente?  Sí  No Si afirmativo, liste el/los nombre(s) \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo va continuar la minusvalía? \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia requiere el uso de una silla de ruedas?  Sí  No

¿La/s persona/s puede/n usar todas las áreas de su hogar actual y puede/n salir de la unidad con facilidad?  Sí  No

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

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

**NO ESCRIBA EN ESTA CASILLA**

Anual \$ \_\_\_\_\_  
Anual \$ \_\_\_\_\_  
Anual \$ \_\_\_\_\_  
Total \$ \_\_\_\_\_

### **BIENES: (CONTESTE SÍ O NO, SI AFIRMATIVO, LISTE EL NOMBRE DEL BANCO, Nº DE CUENTA Y SALDO DE LA CUENTA)**

De cheques  Sí  No Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Nº de cuenta \_\_\_\_\_ Saldo de la Cuenta \$ \_\_\_\_\_

De ahorro  Sí  No Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Nº de cuenta \_\_\_\_\_ Saldo de la Cuenta \$ \_\_\_\_\_

Certificados de Depósitos  Sí  No Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Nº de cuenta \_\_\_\_\_ Saldo de la Cuenta \$ \_\_\_\_\_

Acciones de Unión de Crédito  Sí  No Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Nº de cuenta \_\_\_\_\_ Saldo de la Cuenta \$ \_\_\_\_\_

(CONTINÚA DEL OTRO LADO)

Acciones y Bonos \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Valor \$ \_\_\_\_\_ Jubilación/Pensión/Programa IRA \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Valor \$ \_\_\_\_\_

Seguro de Vida (Valor en efectivo) \$ \_\_\_\_\_

Liste todos los bienes inmuebles de los que es dueño (no incluya lotes en el cementerio): \_\_\_\_\_

Valor actual de los bienes inmuebles: \$ \_\_\_\_\_ Suma que aún adeuda: \$ \_\_\_\_\_ ¿Esta es su casa? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Liste todos los otros bienes (pagos únicos hechos a usted en los últimos 3 meses) que son de valor. (NO incluya la propiedad personal tal como joyas o automóviles excepto si son una inversión) \_\_\_\_\_

¿En los últimos dos años ha eliminado (vendido o regalado) bienes por menos de su valor actual? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si afirmativo, ¿qué era? \_\_\_\_\_

¿cuál era su valor? \$ \_\_\_\_\_ ¿A quién se lo regaló o vendió? \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

¿Hubo una sanción pecuniaria en vender o regalar este bien? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Explique: \_\_\_\_\_

### III. PARTICIPACIÓN PASADA

¿Alguna vez solicitó o participó en el Programa Sección 8 de Asistencia con el Alquiler o en el de Vivienda Pública? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si afirmativo, ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna deuda pendiente con la Autoridad de Vivienda? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si afirmativo, la cantidad si se conoce \$ \_\_\_\_\_

¿Usted o un miembro de la familia ha sido condenado por producción de metanfetamina en el sitio de vivienda asistida federalmente? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Fecha de la condena: \_\_\_\_\_

¿Usted o un miembro de la familia ha sido desalojado de una vivienda asistida federalmente en los últimos cinco años debido a actividades delictivas relacionadas con las drogas? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si afirmativo, ¿fecha del desalojo? \_\_\_\_\_

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

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

1. ¿Cuánto paga de alquiler cada mes? \$ \_\_\_\_\_

2. Usted paga la factura por:

Gas: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Costo promedio por mes \$ \_\_\_\_\_ Electricidad: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Costo promedio por mes \$ \_\_\_\_\_

Usted paga la factura por:

Combustible de calefacción: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Costo promedio por mes \$ \_\_\_\_\_ Agua/Cloacas: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Costo promedio por mes \$ \_\_\_\_\_

Gas envasado: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Costo promedio por mes \$ \_\_\_\_\_ Recolección de basura: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Costo promedio por mes \$ \_\_\_\_\_

3. ¿Usted vive en Sección 8 o reside en una unidad que recibe subsidio por el alquiler/asistencia? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Si afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

4. ¿Una agencia del gobierno le ha enviado un aviso por escrito para que se mude de su hogar dentro de los últimos seis meses? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Si afirmativo, ¿le dijeron que tenía que mudarse porque su hogar estaba condenado o declarado inseguro? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No (GUARDE UNA COPIA DEL AVISO DADO QUE DEBERÁ TRAERLA CON USTED SI SE LE PROGRAMA PARA UNA CITA)

5. a. ¿Alguien en su hogar ha abusado físicamente a usted u a otros miembros de la familia, o ha amenazado con hacerlo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

b. ¿Alguien en su hogar ha sido víctima de un crimen de odio en su vecindario dentro de los últimos seis meses? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. ¿Esto se ha informado a la policía o a una Agencia de Derechos Humanos? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

6. El hogar donde usted vive ahora tiene: (Indique Sí o No)

¿Agua corriente fría y caliente? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Un inodoro utilizable dentro de su hogar para el uso exclusivo de su familia? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Una bañera o ducha utilizable dentro de su hogar? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Una cocina? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No ¿Electricidad? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No ¿Calefacción adecuada? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Algún servicio eléctrico inseguro? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Alguna otra condición insegura? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Explique: \_\_\_\_\_

7. ¿Usted vive en un refugio para familias sin hogar o individuos o en vivienda transitoria? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Si afirmativo, nombre el refugio/ vivienda transitoria: \_\_\_\_\_

8. ¿Usted tiene un lugar donde puede quedarse todas las noches? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

9. ¿Algún miembro de su familia tiene problemas de movilidad u otro impedimento que les impide usar elementos críticos de la unidad? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿USTED REQUIERE UN ALOJAMIENTO RAZONABLE a fin de aprovechar al máximo el programa de vivienda de la Autoridad de Vivienda de Louisville Metro y los servicios relacionados? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Si afirmativo, tipo de alojamiento que necesita: \_\_\_\_\_

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

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

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE

ELEGIBLE PARA PREFERENCIA LOCAL? \_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

VIOLENCIA FÍSICA \_\_\_\_ INFERIOR \_\_\_\_ SIN HOGAR \_\_\_\_ DESPLAZADO INVOLUNTARIAMENTE \_\_\_\_

ACCIÓN DEL GOBIERNO \_\_\_\_ PAGA MÁS DEL 50% \_\_\_\_