**¡FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN PARA LA LISTA DE ESPERA SOLAMENTE!**

**COMPLETE EN SU TOTALIDAD O LA ACTUALIZACIÓN NO SE PROCESARÁ \*\*\*POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA\*\*\***

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 \*\*\***

1. **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 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)\_\_\_\_**CABEZA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Nacimiento\_\_\_­\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nº Seguro Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(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 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 usar todas las áreas de su hogar actual y puede/n salir de la unidad con facilidad? \_\_\_\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_\_\_ No

1. **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: S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PARTICIPACIÓN PASADA**

¿Alguna vez solicitó o participó en el Programa Sección 8 de Asistencia con el Alquiler o en la 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\*\*\***

1. **PREFERENCIAS LOCALES (COMPLETE EN SU TOTALIDAD LAS PREGUNTAS 1 A LA 10)**
2. ¿Cuánto paga de alquiler cada mes? $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 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 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Usted vive en Sección 8 o reside en una unidad que recibe subsidio por el alquiler/asistencia? \_ \_\_\_\_\_Sí \_\_ \_\_\_\_ No. Si afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿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)
3. a. ¿Alguien en su hogar ha abusado físicamente a usted u 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

 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 cada noche? \_\_\_\_\_ 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%\_\_\_\_\_\_\_**

Pre-solicitud nueva (5/2012)