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

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

ENVÍE POR CORREO A:

LOUISVILLE METRO HOUSING AUTHORITY, P.O. BOX 189, LOUISVILLE, KY 40201-0189

**\*\*\*ESTE FORMULARIO SE ACEPTARÁ SOLAMENTE POR CORREO A LA DIRECCIÓN LISTADA ARRIBA\*\*\***

NO COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES PUEDE DEMORAR QUE ESTE FORMULARIO SE PROCESE

1. **INFORMACIÓN PERSONAL**

NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del medio)

 DIRECCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Calle) (Nº Apt.) (Ciudad)

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

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

**DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta de la arriba) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*USADO PARA FINES ESTADÍSTICOS ÚNICAMENTE\*\*\*(INDIQUE UNA SOLAMENTE)

**RAZA :** \_\_\_\_Blanca \_\_\_\_ Negra \_\_\_\_Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_ Isleño del Pacífico

**ORIGEN ÉTNICO** (INDIQUE UNO): \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_ No hispano

**UNA VEZ APROBADO PARA VIVIENDA ASISTIDA LISTE TODAS LAS PERSONAS INCLUYENDO USTED MISMO QUE VIVIRÁN CON USTED EN SU UNIDAD ASISTIDA**

**\*\*\* Por lo menos un miembro del grupo familiar listado a continuación debe tener condición de residente legal para que la familia sea elegible para la asistencia para la vivienda\*\*\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (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 está legalmente emancipado) \_\_\_\_\_ **\_\_**

Si usted es una familia de una sola persona, indique aquí si usted es elegible porque está embarazada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Algún miembro listado arriba es minusválido física o mentalmente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Algún miembro de su familia requiere el uso de una silla de ruedas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor liste el nombre de la persona con la minusvalía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿La/s persona/s puede/n usar todas las áreas de su hogar actual y puede/n salir de la unidad con facilidad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está usted inscripto en una institución de enseñanza superior? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Es usted un veterano? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**¿Está usted empleado en la actualidad? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_\_ No**

**¿Ha tenido empleo continuo por los últimos 12 meses \_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_ No**

**¿Usted paga manutención del menor por un menor en su grupo familiar que es menor de 13? \_\_\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No**

**Si afirmativo, cantidad por mes $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NO ESCRIBA EN ESTA CASILLA**

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

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

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

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

Deducción por manutención\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Resultado contable ajustado $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (CONTINÚA DEL OTRO LADO)

**BIENES: (CONTESTE SÍ O NO, SI AFIRMATIVO, LISTE EL SALDO DE LA CUENTA)**

De cheques \_\_\_ Saldo de la Cuenta $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_De ahorro \_\_\_\_ Saldo de la Cuenta $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certificados de Depósitos \_\_\_ Saldo de la Cuenta $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unión de Crédito \_\_\_ Saldo de la Cuenta $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acciones y Bonos \_\_\_\_\_ Valor $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jubilación/Pensión/Programa IRA \_\_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_

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 ? \_\_\_\_\_ 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? Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PARTICIPACIÓN PASADA** ¿Alguna vez solicitó o participó en el Programa Sección 8 de Asistencia con el Alquiler o en la Vivienda Pública? \_\_\_ Si afirmativo, ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna deuda pendiente con la Autoridad de Vivienda? \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_. 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? \_\_\_\_ 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:

LG&E: Sí \_\_\_ No \_\_\_\_. Costo promedio por mes $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no es LG&E, usted paga 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 vivienda pública o reside en una unidad que recibe subsidio por el alquiler/asistencia? Sí \_ \_\_\_\_\_ No \_\_ \_\_\_\_. Si afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Alguien que no es miembro de su grupo familiar o de una agencia del gobierno o privada, Caridad u organización religiosa **regularmente** le ayuda a pagar sus facturas o servicios públicos \_\_\_\_\_\_ si afirmativo, díganos de quién y cuánto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_(GUARDE UNA COPIA DEL AVISO DADO QUE DEBERÁ TRAERLA CON USTED SI SE LE PROGRAMA PARA UNA CITA)
4. a. ¿Alguien en su hogar ha abusado físicamente a usted u a otros miembros de la familia, o ha amenazado con hacerlo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. ¿Alguien en su hogar ha sido víctima de un crimen de odio en su vecindario dentro de los últimos seis meses? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Esto se ha informado a la policía o una Agencia de Derechos Humanos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. ¿Usted vive en un refugio para familias sin hogar o individuos o en vivienda transitoria? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Nombre el refugio/ vivienda transitoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Indique aquí si usted **no** tiene un lugar donde puede quedarse cada noche? \_\_\_\_\_

10. ¿Algún miembro de su familia tiene problemas de movilidad u otro impedimento que les impide usar elementos críticos de la unidad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. ¿Es usted un participante previo de la Vivienda de Sección 8? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_\_.

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 MI MEJOR SABER Y ENTENDER:

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

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

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

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

AL QUILER \_\_\_\_\_\_ DESPLAZADO INVOLUNTARIAMENTE \_\_\_\_\_\_VIOLENCIA FÍSICA \_\_\_\_\_\_\_\_ INFERIOR \_\_\_\_\_\_\_ SIN HOGAR\_\_\_\_\_\_\_\_ DESPLAZADO INVOLUNTARIAMENTE \_\_\_\_\_\_ACCIÓN DEL GOBIERNO\_\_\_\_\_\_ PARTICIPANTE PREVIO DE VIVIENDA DE SECCIÓN 8\_\_\_\_\_\_\_