



**Harison Place CAI Limited Partnership**  
**Plattsburgh Housing Authority**  
 (Autoridad de Vivienda de Plattsburgh), Agente de Gestión  
 Citizen Advocates, Inc., Proveedor de servicios de vivienda

*(Para uso exclusivo de la oficina)*

Cita \_\_\_\_\_ (@) \_\_\_\_\_  
 Vista \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Retirado \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_  
 Elegible \_\_\_\_\_  
 No elegible \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_  
 Tamaño \_\_\_\_\_ DORM \_\_\_\_\_  
 Ingresos \_\_\_\_\_ Admisible \_\_\_\_\_

**NOTA PARA EL SOLICITANTE: POR FAVOR ESCRIBA DE MANERA CLARA -- Esta solicitud debe llenarse por completo. Es necesario responder a todas las preguntas y NO dejar espacios en blanco. Si hay algo que no sea aplicable, escriba N/A.**

Debe presentarse una solicitud completa para determinar la elegibilidad. La solicitud completa se revisará para determinar la elegibilidad, y se le notificará al solicitante por escrito la determinación.

Las solicitudes deben presentarse, incluyendo todos los archivos adjuntos, antes del 15 de septiembre de 2023 para poder participar en un sorteo que se celebrará el 29 de septiembre de 2023 a las 10:00 a. m. en 324 Creighton Road, Malone, NY 12953. Los solicitantes pueden asistir en persona o solicitar un enlace de Zoom. Las solicitudes recibidas después del 15 de septiembre de 2023 se incluirán automáticamente en una lista de espera y se tramitarán por orden de recepción cuando haya una vacante disponible.

<b>Esta es una solicitud de vivienda en:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Harison Place</b> <b>5 Harison Place Malone, NY 12953</b>
<b>Complete esta solicitud y envíela a:</b>	<b>Plattsburgh Housing Authority (Autoridad de Vivienda de Plattsburgh)</b> <b>4817 South Catherine Street</b> <b>Plattsburgh, NY 12901</b>  <b>O</b>  <b>Citizen Advocates, Inc.</b> <b>324 Creighton Road</b> <b>Malone, NY 12953</b>
	<b>Fax: (518) 561-1769; Correo electrónico:</b> <a href="mailto:office@phaplattsburgh.com">office@phaplattsburgh.com</a>  <b>Esta aplicación está disponible en línea en</b> <a href="http://www.phaplattsburgh.com">www.phaplattsburgh.com</a> y en <a href="http://www.citizenadvocates.net">www.citizenadvocates.net</a>  <b>Si tiene una discapacidad y quiere ayuda con su solicitud, contacte con nosotros llamando al (518) 561 - 0720.</b>

Harison Place tiene una política de NO FUMAR y NO MASCOTAS.  
 De acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, los animales de servicio no se consideran mascotas.

# SOLICITUD DE VIVIENDA

*PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PUEDE RESULTAR EN LA PÉRDIDA DE SU VIVIENDA*

Nombre del solicitante:		Teléfono de casa: (     )     )
Domicilio:	Apto. Número:	Teléfono celular: (     )     )
Ciudad, estado, código postal:		Dirección de correo electrónico si desea que nos comuniquemos con usted por correo electrónico:

## COMPOSICIÓN FAMILIAR

Anótese a usted mismo/a y añada a cualquier persona que vaya a vivir con usted **en los próximos 12 meses**. Asegúrese de incluir a los miembros que se encuentren temporalmente fuera de casa, incluyendo (pero sin limitarse a): dependientes que se encuentren en la escuela, militares estacionados fuera de casa que tengan un cónyuge o dependiente en el hogar.

**Enumere los miembros de su hogar comenzando por la persona que encabeza la unidad familiar en la línea 1 y, a continuación, a las demás personas por orden de edad, de mayor a menor. Si tiene más de seis miembros en total en su hogar, añada una hoja aparte con la misma información que figura a continuación.**

	Apellido, Nombre	Relación con la persona que encabeza la familia	Fecha de nacimiento	Edad	Número de Seguro Social (u otro, p. ej. ITIN)	Estatus de estudiante: (Incluye de primaria a superior)		
						A tiempo completo	A tiempo parcial	N/A
1		Persona que encabeza la familia				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) ¿Prevé algún cambio en el tamaño de su hogar **en los próximos 12 meses**?

SÍ      NO

(Ejemplos: un futuro cónyuge, un menor que entra en el hogar por medio de adopción, niños que regresan de un hogar de acogida, etc.)

Si la respuesta es "sí", describa aquí los cambios: \_\_\_\_\_

2) ¿Vivirá algún menor de 18 años de los indicados anteriormente en la unidad **menos del 50 %** de los próximos 12 meses? Si la respuesta es "sí", explique aquí: \_\_\_\_\_

SÍ      NO

3) ¿Algún miembro de su hogar necesita un cuidador interno debido a una discapacidad?

SÍ      NO

4) ¿Recibe actualmente ayuda para la vivienda del HUD o de una agencia de vivienda pública?

SÍ      NO

Si la respuesta es "sí", indique dónde: \_\_\_\_\_

5) ¿Afirma que entiende que el propietario/agente ha implantado una política antitabaco?

SÍ      NO

***Esto significa que está prohibido fumar en la unidad, en los porches de la unidad y en todas las zonas comunes interiores y zonas comunes exteriores que se encuentren a menos de veinticinco (50) pies del edificio o de cualquier zona común exterior. Esto incluye veredas, pasillos, elevadores, etc.***

**Reserva de la Iniciativa de vivienda de apoyo de Empire State (ESSHI):** Indique si cumple los requisitos para la preferencia indicada a continuación. Tenga en cuenta que si tiene derecho a esta preferencia, **no** se le incluirá en el sorteo.

<input type="checkbox"/>	Se me ha remitido o estoy solicitando servicios de Vivienda de Apoyo Permanente de ESSHI a través de Citizen Advocates, Inc.
--------------------------	--

**TAMAÑO DE LA UNIDAD/CARACTERÍSTICAS:** El propietario/agente tendrá en cuenta las preferencias/requisitos de su unidad. Las normas de ocupación del propietario/agente indican un mínimo de una persona por dormitorio y un máximo de dos personas por dormitorio. Indique a continuación su(s) preferencia(s) en relación al tamaño de la unidad. Indique a continuación las características especiales necesarias.

**Tamaño de la unidad**

**Características especiales solicitadas**

<input type="checkbox"/> Unidad de 1 dormitorio	<input type="checkbox"/> Unidad accesible para personas con movilidad reducida
<input type="checkbox"/> Unidad de 2 dormitorios	<input type="checkbox"/> Unidad con funciones de comunicación accesible <input type="checkbox"/> Problemas de audición
<input type="checkbox"/> Unidad de 3 dormitorios	<input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Adaptaciones razonables (enumérelas a continuación):

**Animales de servicio:**

1) ¿Tiene un animal de servicio o de asistencia?

SÍ

NO

Si la respuesta es "sí", ¿qué tipo de animal de servicio/asistencia? ¿Cuántos?

**Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas, conteste a cada una por completo y tenga en cuenta que hay que verificar los puntos marcados con un sí.**

---

---

## HISTORIAL DE LA UNIDAD FAMILIAR

---

---

Las preguntas que aparecen a continuación se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

**SÍ**      **NO**

- ¿Se ha declarado en bancarrota usted u otra persona mencionada en esta solicitud?

Por favor, explique:

\_\_\_\_\_

**\*\*** Se respetarán las políticas del HCR en materia de justicia y crédito, se llevará a cabo una evaluación individualizada antes de cualquier denegación y los solicitantes tendrán derecho a apelar una denegación basada en historial de involucramiento con la justicia o historial de crédito.

- ¿Ha sido usted, o cualquier otra persona mencionada en la solicitud, condenado/a por un delito relacionado con las drogas **o por otro delito**?

Por favor, explique:

\_\_\_\_\_

**\*\*** Se respetarán las políticas del HCR en materia de justicia y crédito, se llevará a cabo una evaluación individualizada antes de cualquier denegación y los solicitantes tendrán derecho a apelar una denegación basada en historial de involucramiento con la justicia o historial de crédito.

- ¿Ha sido usted, o cualquier otra persona mencionada en la solicitud, sujeto/a al requisito de registro de por vida en virtud de un programa estatal de registro de delincuentes sexuales en algún estado?

Por favor, explique:

\_\_\_\_\_

**\*\*** Se respetarán las políticas del HCR en materia de justicia y crédito, se llevará a cabo una evaluación individualizada antes de cualquier denegación y los solicitantes tendrán derecho a apelar una denegación basada en historial de involucramiento con la justicia o historial de crédito.

- ¿Ha sido usted, o cualquier otra persona mencionada en la solicitud, condenado/a alguna vez por actividades delictivas relacionadas con las drogas por elaboración o producción de metanfetamina en las instalaciones de una vivienda social?

Por favor, explique:

\_\_\_\_\_

**\*\*** Se respetarán las políticas del HCR en materia de justicia y crédito, se llevará a cabo una evaluación individualizada antes de cualquier denegación y los solicitantes tendrán derecho a apelar una denegación basada en historial de involucramiento con la justicia o historial de crédito.

- ¿Existen necesidades especiales o adaptaciones que requiera la unidad familiar, como barras de sujeción o una unidad para personas con movilidad reducida o con problemas de audición o visión?

Por favor, explique:

## PREGUNTAS DE ELEGIBILIDAD PARA ESTUDIANTES

- 7) ¿Son **TODOS** los miembros de su hogar estudiantes a tiempo completo?  SÍ  NO
- 8) ¿Serán **TODOS** los miembros de su hogar estudiantes a tiempo completo durante cualquiera de los 5 meses de **este** año?  SÍ  NO  
(Ejemplo: un estudiante que asiste a clase a tiempo completo en cualquier periodo de los meses de enero, febrero, abril, octubre y noviembre)
- 9) ¿Serán **TODOS** los miembros de su hogar estudiantes a tiempo completo durante cualquiera de los 5 meses del **próximo** año?  SÍ  NO
- 10) ¿Es **ALGÚN ADULTO** de su hogar estudiante a tiempo parcial o completo en un centro de enseñanza superior?  SÍ  NO  
Si la respuesta es "sí", ¿quién está matriculado? \_\_\_\_\_ ¿En qué escuela está matriculado? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se costean los estudios? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el coste de la matrícula por semestre? \$ \_\_\_\_\_
- 11) ¿Tiene **ALGÚN ADULTO** de su hogar intención de empezar a estudiar **en los próximos 12 meses**?  SÍ  NO  
Si la respuesta es "sí", ¿quién se matriculará en la escuela? \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es "sí", ¿se matriculará como estudiante a tiempo completo o a tiempo parcial? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE LOS NIÑOS

- 12) ¿Tiene algún miembro de su hogar una **ORDEN JUDICIAL** para recibir pagos de manutención de los hijos o pensión alimenticia, incluso si no se está percibiendo manutención de los hijos o pensión alimenticia?  
(Número o números de caso(s)) \_\_\_\_\_  SÍ  NO
- SI "NO", PASE A LA PREGUNTA 12**
- a.) Nombre de la persona con orden judicial: \_\_\_\_\_ Importe del pago: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_
- b.) Nombre de la(s) persona(s) que paga(n) la manutención/pensión alimenticia: \_\_\_\_\_
- ¿Se están percibiendo las cantidades **COMPLETAS** ordenadas judicialmente?  SÍ  NO
- Si "**NO**", ¿está haciendo esfuerzos para cobrar los importes debidos?  SÍ  NO
- Si la respuesta es "**SÍ**", explique los esfuerzos que está realizando: \_\_\_\_\_
- 13) ¿Recibe algún miembro de su hogar una manutención o pensión alimenticia que **NO SEA ORDENADA POR UN TRIBUNAL**?  
(Esto incluye la ayuda del padre o la madre de los niños para ropa, víveres, etc.)  SÍ  NO
- SI "NO", PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN**
- a.) Importe del pago: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_
- b.) Nombre de la(s) persona(s) que paga(n) la manutención / pensión alimenticia:  
\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ para niño: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ para niño: \_\_\_\_\_

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas, conteste a cada una por completo y tenga en cuenta que hay que verificar los puntos marcados con un sí.

## INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Las preguntas sobre los ingresos del hogar se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

SÍ	NO	TIPO DE INGRESO	INGRESOS CANTIDAD
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>14) ¿Algún miembro del hogar está empleado?</b>	
		<b>Trabajo 1) ¿Quién está empleado?</b> _____	
		¿En qué empresa? _____ Teléfono: _____	CANTIDAD \$ _____ POR _____
		<b>Trabajo 2) ¿Quién está empleado?</b> _____	
		¿En qué empresa? _____ Teléfono: _____	CANTIDAD \$ _____ POR _____
		<b>Marque si hay trabajos adicionales en el hogar</b> <input type="checkbox"/>	
		(adjunte una hoja aparte con la información de contacto)	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>15) ¿Algún miembro del hogar trabaja por cuenta propia (autónomo/a)?</b>	
		¿Quién trabaja por cuenta propia? _____	CANTIDAD \$ _____
		¿Qué tipo de trabajo realiza esta persona? _____	POR _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>16) ¿Algún miembro adulto de su hogar está desempleado?</b>	
		¿Qué miembros adultos están desempleados? _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>17) ¿Recibe algún miembro del hogar una paga del ejército?</b>	
		¿Quién recibe el sueldo militar? _____	
		¿Qué rama del ejército? _____	CANTIDAD \$ _____
		Persona de contacto: _____ Teléfono: _____	POR _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>18) ¿Recibe algún miembro del hogar pagos de la Administración del Seguro Social?</b>	
		<b>Qué tipo:</b> <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> Otro	CANTIDAD \$ _____
		¿Quién recibe los pagos del Seguro Social? _____	POR _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>19) ¿Recibe algún miembro del hogar indemnización por despido o por accidente laboral?</b>	
		¿Quién recibe la indemnización por despido o por accidente laboral? _____	
		¿Qué compañía lo paga? _____	CANTIDAD \$ _____
		Persona de contacto: _____ Teléfono: _____	POR _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>20) ¿Hay algún miembro del hogar desempleado que esté recibiendo beneficios de desempleo?</b>	
		¿Quién cobra los beneficios de desempleo? _____	
		Qué estado: _____ Persona de contacto: _____ Teléfono: _____	CANTIDAD \$ _____
			POR _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>21) ¿Recibe algún miembro del hogar pagos de la Asistencia Pública como TANF o AFDC? (No incluya aquí las prestaciones de los cupones para alimentos).</b>	
		¿Quién recibe prestaciones de la TANF o de la AFDC? _____	
		Trabajador social: _____ Teléfono: _____	CANTIDAD \$ _____
			POR _____

## INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS (CONTINUACIÓN)

Las preguntas sobre los ingresos del hogar se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

SÍ	NO	TIPO DE INGRESO	INGRESO CANTID
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>22) ¿Recibe algún miembro del hogar pagos periódicos de una pensión, anualidad o cuenta de prestaciones de jubilación?</b>	
		Marque una: <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Anualidad <input type="checkbox"/> Otra jubilación	
		¿Quién recibe estos beneficios? _____	CANTIDAD \$ _____ POR _____
		¿Qué empresa paga a esta persona? _____	
		Persona de contacto: _____ Teléfono: _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>23) ¿Alguien fuera de su hogar le proporciona dinero en efectivo o contribuciones para ayudar a pagar los gastos que un hogar normalmente pagaría, como el alquiler, los pagos de servicios públicos o los abarrotes?</b>	
		¿Cuál es el nombre de la persona que le paga? _____	CANTIDAD \$ _____ POR _____
		¿Cuál es su dirección? _____	
		¿Número de teléfono? _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>24) ¿Recibe alguna otra fuente de ingresos sobre la que no hayamos preguntado anteriormente? Un ejemplo sería el SSP.</b>	
		Por favor, describa: _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>25) ¿Espera su hogar algún cambio en sus ingresos en los próximos 12 meses?</b>	
		Por favor, describa: _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>26) ¿Recibe su hogar pagos del seguro de cuidados a largo plazo, superiores a \$180 por día, para un familiar que reside en un centro de cuidados a largo plazo?</b>	
		¿Qué miembro del hogar está ingresado en un centro de cuidados a largo plazo?	
		_____	
		¿A qué miembro del hogar se abonan los pagos? _____	
		¿Qué empresa paga a esta persona? _____	
		Persona de contacto: _____ Teléfono: _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>27) ¿Tiene algún miembro adulto de su hogar cero ingresos?</b>	
		¿Qué miembros adultos tienen cero ingresos? _____	

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas, conteste a cada una por completo y tenga en cuenta que hay que verificar los puntos marcados con un sí.

## INFORMACIÓN SOBRE CUENTAS/ACTIVOS

Las preguntas sobre las cuentas y los activos del hogar se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

SÍ NO

### INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA

28) ¿Tiene algún miembro del hogar una cuenta de cheques, de ahorro, un certificado de depósito (CD) o una cuenta del mercado monetario?

Banco 1) Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Nombre(s) en la cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cuenta de cheques  Ahorro  CD  Mercado monetario

Banco 2) Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Nombre(s) en la cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cuenta de cheques  Ahorro  CD  Mercado monetario

Marque si hay cuentas adicionales de los tipos anteriores que pertenezcan al hogar. Adjunte una hoja aparte anotando el nombre del banco, el tipo de cuenta y el nombre o nombres de todas las cuentas adicionales.

29) ¿Algún miembro del hogar tiene acciones, bonos, fondos de inversión, inversiones de capital o una póliza de seguro de vida entera (seguro de vida del que se pueden hacer retiros aunque no haya un fallecimiento. No contamos el seguro a término)?

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Nombre(s) en la cuenta: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Acciones  Bonos  Fondos de inversión  
 Seguro de vida entera  Otros: \_\_\_\_\_

30) ¿Tiene algún miembro del hogar una cuenta IRA, Plan Keogh, 401K, anualidad o cuenta de jubilación similar?

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Nombre(s) en la cuenta: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  IRA  Keogh  401K  Otra: \_\_\_\_\_

31) ¿Tiene algún miembro del hogar una cuenta de pensión que pagará al jubilarse o al dejar de trabajar (NO incluye cuentas IRA, Keogh, 401K o anualidades)?

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Nombre(s) en la cuenta: \_\_\_\_\_

Contacto/Teléfono: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_

32) ¿Tiene algún miembro del hogar bienes raíces? (Incluya propiedades en alquiler, residencias principales, propiedades vacacionales, multipropiedad, propiedades comerciales y propiedades que se vendan mediante escrituras de fideicomiso o contratos de compraventa de terreno)

Propietario(s): \_\_\_\_\_ Tipo de propiedad: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre del banco o institución con intereses financieros en esta propiedad? (Titular de la hipoteca, propietario del contrato, etc.) Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

33) ¿Tiene algún miembro del hogar bienes personales con fines de inversión que tenga previsto vender más adelante para obtener beneficios? (Ejemplos: colecciones de monedas o estampillas, coches antiguos, joyas, etc.)

Tipo de propiedad: \_\_\_\_\_ Valor estimado en efectivo: \$ \_\_\_\_\_

34) ¿Tiene algún miembro del hogar una cuenta de fideicomiso?

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Nombre(s) en la cuenta: \_\_\_\_\_

¿Es esta cuenta una cuenta de fideicomiso revocable o no revocable? \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

35) ¿Tiene algún miembro del hogar letras del Tesoro o bonos del Estado?

Qué miembro del hogar: \_\_\_\_\_

Serie: \_\_\_\_\_ Valor nominal: \$ \_\_\_\_\_ Número de serie: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

36) ¿Algún miembro del hogar dispone de dinero en efectivo o cajas de seguridad?

¿Qué miembro del hogar? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad se mantiene a mano? \$ \_\_\_\_\_

37) ¿Tiene algún miembro del hogar cuentas o activos que no se hayan descrito anteriormente? (Por favor NO incluya vehículos de uso personal, muebles, ropa, etc.)

¿De qué tipo de cuenta o activo se trata? \_\_\_\_\_

¿Cuál sería el valor estimado de este activo si lo vendiera hoy? \$ \_\_\_\_\_



---

---

## INFORMACIÓN SOBRE CUENTAS/ACTIVOS (CONTINUACIÓN)

---

---

Las preguntas sobre las cuentas y los activos del hogar se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

- 38) En los últimos dos años, ¿algún miembro del hogar ha regalado o entregado algún bien o bienes por menos de lo que valía(n)?**  
(Por ejemplo, bienes inmuebles, transferencia de una cuenta de activos a nombre de otra persona, contribuciones caritativas, etc.)  
¿Cuál era el valor estimado de este activo? \$ \_\_\_\_\_
- 39) ¿Recibe algún miembro del hogar dinero de un depósito directo al que se accede mediante tarjeta de débito?**  
(Por ejemplo, una tarjeta Direct Express del Seguro Social, una tarjeta Emerald de nómina, una tarjeta expedida por el DSS para acceder a prestaciones o a la manutención de los hijos, etc.)  
¿Qué miembro(s) del hogar? \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS DEMOGRÁFICAS (Voluntario)

Raza de la persona que encabeza el hogar (marque todas las que procedan):

Prefiero no contestar

Blanco

Negro o afroamericano

Indio americano/Nativo de Alaska

Asiático/Isleño del Pacífico

Etnia de la persona que encabeza el hogar:

Hispano o latino

No hispano o latino

### SANCIONES POR MAL USO DE ESTE FORMULARIO

El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y de forma voluntaria a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos, el HUD, la PHA y cualquier propietario (o cualquier empleado del HUD, la PHA o el propietario) puede estar sujeto a sanciones por divulgación no autorizada o uso indebido de la información recopilada con base en el formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada mediante este formulario de verificación está restringido a los fines citados anteriormente. Cualquier persona que, a sabiendas o intencionadamente, solicite, obtenga o divulgue información bajo falsas pretensiones en relación con un solicitante o participante puede quedar sujeta a un delito menor y ser multada con un máximo de \$5000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede iniciar una acción civil por daños y perjuicios, y solicitar otras compensaciones, según corresponda, contra el funcionario o empleado del HUD, la PHA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido. Las disposiciones en materia de sanciones por hacer un uso indebido del número del Seguro Social figuran en el artículo 208 (a) (6), (7) y (8) de la Ley del Seguro Social. La infracción de estas disposiciones se cita como violación del 42 U.S.C. 408 (a) (6), (7) y (8).

### CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR

Entiendo que la información proporcionada en este cuestionario se utilizará para determinar mi elegibilidad para la vivienda en Harison Place. Bajo pena de perjurio, certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es veraz y exacta. También entiendo que la información falsa u omitida se considera fraude y sancionable de acuerdo con la ley y puede resultar en la pérdida de mi vivienda en esta propiedad.

Al firmar esta solicitud, también concedo al propietario el derecho a obtener toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad de acuerdo con los Criterios de Selección de Residentes del propietario. Los Criterios de Selección de Residentes pueden incluir, sin limitarse a estos criterios, la comprobación de antecedentes penales, la verificación crediticia, las referencias del arrendador, la capacidad de pago del alquiler, etc. Todas las comprobaciones de antecedentes se llevan a cabo de acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y las políticas de Vivienda y Renovación Comunitaria del Estado de Nueva York.

También entiendo que la información proporcionada se considera confidencial y se utilizará únicamente con el fin de determinar mi elegibilidad o elegibilidad continua para la vivienda en las propiedades antes mencionadas.

**CERTIFICACIÓN: Todos los miembros de la unidad familiar que tengan 18 años o vayan a cumplirlos en los próximos 12 meses deben firmar a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Persona que encabeza la familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otro miembro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otro miembro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otro miembro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DE ACUERDO CON LA LEY DE VIVIENDA JUSTA Y LA LEY DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK, NO DISCRIMINAMOS POR MOTIVOS DE SITUACIÓN FAMILIAR, RAZA, CIUDADANÍA O SITUACIÓN MIGRATORIA, SEXO, DISCAPACIDAD, COLOR DE PIEL, RELIGIÓN, ORIGEN NACIONAL, CREDO, EDAD, ESTADO CIVIL, ESTATUS MILITAR, ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD O EXPRESIÓN DE GÉNERO, FUENTE LEGAL DE INGRESOS O CONDICIÓN DE VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.**

## HARISON PLACE ES UNA PROPIEDAD LIBRE DE HUMO

Harison Place CAI Limited Partnership,  
Propietario  
c/o Plattsburgh Housing Authority (Autoridad de  
Vivienda de Plattsburgh), Agente de Gestión  
125 Finney Boulevard, P.O. Box 608  
Malone, NY 12953

Teléfono: (518) 483-1251

Fax: (518) 483-2242

NYS TTY/TDD: #711

*Harison Place CAI Limited Partnership no discrimina por motivos de discapacidad en la admisión o el acceso a, o el tratamiento o el empleo en, sus programas y actividades con asistencia federal.*

*La persona nombrada a continuación ha sido designada para coordinar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación contenidos en la normativa del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano por la que se aplica el Artículo 504 (24 CFR, parte 8 con fecha de 2 de junio de 1988).*

Plattsburgh Housing Authority  
Occupancy Administrator  
4817 South Catherine Street  
Plattsburgh, NY 12901  
Teléfono (voz): (518) 561-0720  
NYS TTY/TDD : #711



