



FECHA: \_\_\_\_\_ APLICACIÓN ACEPTADA Y REPASADA POR: \_\_\_\_\_ # DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_ ENTRADA POR: \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN PRELIMINARIA (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE Y EN MOLDE)**

¿Requiere la correspondencia futura en un formato que no sea Inglés escrito, tal como: LETRA MAS GRANDE, OTRO? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
 Sí es SI, ¿Que formato necesita? \_\_\_\_\_

**ESTA FORMA DEBE SER LLENADA EN TINTA.** No vamos a aceptar las aplicaciones completadas en lápiz. Para asistirlo adecuadamente, debemos TENER INFORMACIÓN COMPLETA Y PRECISA. Deben responder TODAS las preguntas. Si la pregunta no aplica, escriba "N/A" o "NINGUNO". El no responder todas las preguntas puede retrasar su entrevista y/o su determinación de elegibilidad.

DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_  
 Número Calle Aptó. # Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ACERCA DE SU FAMILIA:** Liste cada miembro, incluyéndolo a usted, quien estará viviendo en su hogar.

		APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	SEXO M/H	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO MES-DIA-AÑO	PARENTESCO CON LA CABEZA DE FAMILIA	<b>RAZA</b> 1= Blanco 2= Negro 3= Indio Americano/ Nativo de Alaska 4= Asiático 5= Nativo de Hawái/ Isleño Pacífico	<b>ETNICIDAD</b> 1= Hispano 2= No-Hispano
1	CABEZA									
2	CÓNYUGE/ CO-CABEZA									

**Otros Miembros del Hogar:**

- 1) \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Edad    2) \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Edad    3) \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Edad    4) \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Edad  
 5) \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Edad    6) \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Edad    7) \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Edad    8) \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Edad

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA:

¿Está la Cabeza de Familia o Cónyuge Discapacitados? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Sí es SI, ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad que requiere de los siguientes? (marque todas las que apliquen): \_\_\_\_\_ Unidad para Impedimento Auditivo  
 \_\_\_\_\_ Unidad para Impedimento Visual    \_\_\_\_\_ Unidad para Silla de Ruedas

Nombre del miembro del hogar que requieren los artículos marcados arriba: \_\_\_\_\_

WEB\_PRELIMINARY\_APPLICATION\_-\_SNRHA\_5-2017\_Spanish.docx La Autoridad de Vivienda de la Región del Sur de Nevada no discriminara contra cualquier persona debido a raza, color, sexo, religión, estatus familiar, discapacidad, edad, origen nacional, u orientación sexual en proporcionar asistencia de vivienda. La información proporcionada a **SNRHA** se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad de vivienda y tipo de unidad. Tenga en cuenta que los resultados de la investigación criminal (que podrá incluir chequeo al FBI) pueden ser argumentos para la negación de vivienda.

¿Cumple su hogar la definición de personas desamparadas?(Familia carece de una residencia adecuada de tiempo fijo nocturnal, o tiene una residencia primaria nocturnal que es supervisado públicamente o un refugio privado diseñado para ofrecer alojamiento de vivienda temporal, como hoteles de vales de bienestar, refugios de congregación o viviendas de transición diseñados para personas desamparadas, o un lugar público o privado no diseñado para o comúnmente usado como un alojamiento regular para dormir para seres humanos.) Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Hay alguien en su hogar que es Ciudadano de EE.UU.? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_      Sí es No, ¿Tienes al menos un miembro de su familia con estatus elegible de INS? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**INGRESO:** Favor de indicar el INGRESO TOTAL MENSUAL/ANUAL EN EL HOGAR para TODOS los miembros solicitando, de todas las fuentes de ingreso.

**Ingreso Total Mensual/Anual de todas las fuentes de los miembros del hogar.** \$ \_\_\_\_\_ *\_\_\_ Mensual \_\_\_ Anual*

**PREFERENCIAS:**

¿La Cabeza/Cónyuge/Co-Cabeza un Veterano? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      ¿Es usted la esposa de un Veterano fallecido, cuya muerte fue conectado al servicio? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿La Cabeza/Cónyuge/Co-Cabeza un estudiante de tiempo completo inscrito en un programa acreditado? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      ¿Empleado por lo menos 20 horas a la semana? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿La Cabeza/Cónyuge/Co-Cabeza recibe SSI/SSD o cualquier pensión de discapacidad? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      ¿62 años de edad o más? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿La Cabeza/Cónyuge/Co-Cabeza actualmente vive, trabaja, o ha sido contratado para trabajar, en el Condado de Clark? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**Si un saldo se debe a una Autoridad de Vivienda o Programa de Vivienda Subsidiada, el balance DEBE ser pagado totalmente para ser elegible a nuestro programa(s).**

¿Es usted o alguien en su hogar un delincuente sexual registrado? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_      Sí es SI, Nombre del Miembro del Hogar: \_\_\_\_\_

**Por favor, indique qué programa(s) está más interesado colocando la marca de verificación en la(s) línea(s) seleccionada(s):**

\_\_\_ Espinoza Terrace (Henderson) (0/1,2 Recamaras) Hasta 6/30/17    \_\_\_ Designated Elderly (0/1 Recamaras) Hasta 8/31/17    \_\_\_ Conventional Public Housing (1 & 4 Recamaras) Hasta 7/31/17  
\_\_\_ Conventional Public Housing (2 & 3 Recamaras) Hasta 8/31/17    \_\_\_ Vera Johnson A – Mixed Finance (2 Recamaras) Hasta 6/30/17  
\_\_\_ Vera Johnson B – PBVRAD (2 Recamaras) Hasta 6/30/17    \_\_\_ Biegger Estates-PBVRAD (2 Recamaras) Hasta 8/31/17    \_\_\_ Biegger Estates-PBVRAD (4 Recamaras) Hasta 6/30/17  
\_\_\_ Landsman Gardens - PBVRAD (4 Recamaras) Hasta 6/30/17    \_\_\_ Landsman Gardens – PBVRAD (5 Recamaras) Hasta 8/31/17

**Arreglos Especiales:** Entiendo que si estoy discapacitado, Yo tengo el derecho de solicitar un arreglo especial para que los servicios y programas sean accesibles, y la solicitud debe ser presentada por escrito al SNRHA para su revisión y aprobación.

**Acciones Penales y Administrativas por Información Falsa:** Entiendo que el suministro de información falso, incompleto, o inexacto es penalizado criminalmente por la ley Federal o Estatal. Entiendo que suministrar información falsa, incompleta o inexacta puede ser considerado fraude y es motivo de denegación de asistencia, la terminación de asistencia de vivienda y/o el desalojo de vivienda pública. La asistencia financiera en forma de subsidio a la vivienda está contingente a la presentación y verificación, en su caso, de las pruebas de ciudadanía o estado de inmigración elegible. Juro que he reportado honestamente la ciudadanía de mí y de todos los que están solicitando.

Yo certifico bajo pena de perjurio mis respuestas son correctas y completas a lo mejor de mis conocimientos y habilidad.

**Firmas y Fecha de la Cabeza/Cónyuge/Co-Cabeza:**

1) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **INDIQUE SI ENTENDIO ESTA SOLICITUD: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_**

2) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **INDIQUE SI ENTENDIO ESTA SOLICITUD: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_**

**Si esta aplicación fue completada por una persona que no se muestra como miembro del hogar solicitante, por favor complete:**

**Nombre (escriba claramente):** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

WEB\_PRELIMINARY\_APPLICATION\_-\_SNRHA\_5-2017\_Spanish.docx La Autoridad de Vivienda de la Región del Sur de Nevada no discriminara contra cualquier persona debido a raza, color, sexo, religión, estatus familiar, discapacidad, edad, origen nacional, u orientación sexual en proporcionar asistencia de vivienda. La información proporcionada a **SNRHA** se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad de vivienda y tipo de unidad. Tenga en cuenta que los resultados de la investigación criminal (que podrá incluir chequeo al FBI) pueden ser argumentos para la negación de vivienda.

**LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA REGIÓN DEL SUR DE NEVADA** 5390 E. FLAMINGO ROAD, LAS VEGAS, NV 89122 (702) 477-3100 TTY: (702) 387-1898