



FECHA: \_\_\_\_\_ APLICACIÓN ACEPTADA Y REVISADA POR: \_\_\_\_\_ APLICACIÓN #: \_\_\_\_\_ ENTRADA POR: \_\_\_\_\_

**APLICACION INICIAL PRELIMINAR PARA VETERANOS / VETERANOS DESHABILITADOS UNICAMENTE. (POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE(CLARO))**

*El Veterano/Veterano Deshabilitado deberá ser la cabeza, esposo, otro aportante o único miembro del hogar. Al momento de la elegibilidad, el Veterano deberá presentar su DD214 u otros documentos oficiales de la baja del servicio del Archivo Oficial de Personal Militar que muestre las fechas de alistamiento y baja del servicio, rango de servicio, número de seguro social, fecha de nacimiento, servicio activo neto y tipo de baja del servicio. Si los documentos militares no se presentan de acuerdo con el nombre del Veterano / Veterano Discapacitado, se retirará de la lista de espera.*

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

**ESTA FORMA DEBE SER LLENADA EN TINTA.** No se aceptaran las aplicaciones completadas a lápiz. Para asistirlo adecuadamente, debemos TENER INFORMACIÓN COMPLETA Y PRECISA. TODAS las preguntas deberán ser contestadas. 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	PRINCIPAL									
2	CÓNYUGE/ SECUNDARIO									

**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 DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

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

PRELIMINARY APPLICATION VETERANS ONLY (SPANISH). UNICAMENTE La Autoridad Regional de Vivienda del Sur de Nevada no discriminara contra cualquier persona debido a su 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.

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad que requiere alguno 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: \_\_\_\_\_

¿Cumple su hogar la definición de personas desamparadas?(La Familia carece de una residencia adecuada y regular para la noche, o tiene una residencia primaria nocturna que es supervisada 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 esto 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 USCIS? Sí  No

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

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

**PREFERENCIAS:**

¿Es el Principal/Cónyuge/Secundario un Veterano? Sí  NO  ¿Es usted la esposa de un Veterano fallecido, cuya muerte fue en relación al servicio? Sí  NO

¿Un Veterano Deshabilitado, con una deshabilidad en relación al servicio? Sí  NO

¿Es el Principal/Cónyuge/Secundario un estudiante de tiempo completo inscrito en un programa acreditado? Sí  NO  ¿Empleado por lo menos 20 horas a la semana? Sí  NO

¿Es el Principal/Cónyuge/Secundario recibe SSI/SSD o cualquier pensión de discapacidad? Sí  NO  ¿62 años de edad o más? Sí  NO

¿Es el Principal/Cónyuge/Secundario 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: \_\_\_\_\_

**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 mi estatus legal y la 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 del Principal/Cónyuge o Secundario:**

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: \_\_\_\_\_**

PRELIMINARY APPLICATION VETERANS ONLY (SPANISH). UNICAMENTE La Autoridad Regional de Vivienda del Sur de Nevada no discriminara contra cualquier persona debido a su raza, color, sexo, religión, estatus familiar, discapacitación, 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 REGIONAL DE VIVIENDA DEL SUR DE NEVADA** 5390 E. FLAMINGO ROAD, LAS VEGAS, NV 89122 (702) 477-3100 TTY: (702) 387-1898