

PRE-APLICACION

DEVOLVER A: The Municipal Housing Authority for the City of Yonkers
PO BOX 35 Yonkers, NY 10710

Este formulario debe recibirse ó estampado por el correo no más tardar el 13 de Julio del 2022 a las 11:59 p.m.

Parte 1: Cabeza Del Hogar

Nombre: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino Otro

Teléfono de casa: _____

Otro Teléfono: _____

Tipo de Teléfono: Trabajo Otro Especifique: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ethnicidad (marque una casilla) Hispano /No Latino
 Hispano /Latino
 O
Raza (Marque Todo lo que Aplique) Blanco
 Negro/Afro Americano
 Indio Americano/ Nativo de Alaska
 Asiático
 Nativo Hawaiian/ Otro isleño del Pacífico

¿Estás Deshabilitado? Si No **¿Eres ciudadano/a estadounidense?** Si No

.Datos raciales y étnicos solo con fines estadísticos.

Parte 2: Composición Del Hogar

1: Numero Total de Personas en el Hogar _____

2: Por favor Marque Todas las Preferencia que Aplican:

Un miembro de la familia cuya cabeza o co-cabeza del Hogar es un Veterano. El término "Veterano" significa cualquier persona dada de baja de forma temporal de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, entendiase, el Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina, la Guardia Costera y/o la Fuerza Espacial.

Familias con niños o personas mayores o discapacitadas.

Familias sin hogar, como se define en 42 U.S.C. Sección 11302 y contenida en la Regla provisional de atención continua en 24 CFR 578.3

Una familia cuyo jefe y/o co-jefe es el abuelo de los demás miembros de la familia.

Cualquier Familiar que viva en la ciudad de Yonkers, o cualquier familiar que sea cabeza del hogar o otro miembro que este empleado en la Ciudad de Yonkers.

¿Recibe actualmente asistencia bajo algún programa de HUD?

Parte 3: Ingresos & Bienes Familiares

Enumere el ingreso bruto total (antes de impuestos) y los pagos recibidos por cada miembro de la familia mayores de 18 años por salarios, paga militar, pensiones, seguro social, SSI, asistencia social, pensión alimenticia, desempleo, negocio, profesión o cualquier otra fuente. Incluya el ingreso total de todos los miembros del hogar (incluidos los menores).

1: Ingreso Total Annual \$ _____

2: Por favor marque todos los activos aplicables a su hogar:

Cuentas de cheques

Cuentas de Ahorros

Acciones, Bonos, CDs, Inversiones

Bienes raíces

Otros (Especifique) _____

LÍMITES DE INGRESO MÁXIMO PARA CALIFICAR

PERSONAS EN LA FAMILIA							
1	2	3	4	5	6	7	8
\$48,550	\$55,450	\$62,400	\$69,300	\$74,850	\$80,400	\$85,950	\$91,500

Parte 4: Descargos De Responsabilidad

1. La vivienda puede depender de la presentación y verificación de evidencia de ciudadanía o estatus migratorio elegible antes del tiempo se pone a disposición vivienda. Con base en la evidencia presentada en ese momento, la asistencia puede ser prorrateada, denegada o cancelada siguiendo apelaciones y procesos de audiencias informales.
2. Las solicitudes duplicadas darán lugar a la descalificación.
3. Certifico que la información en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que puedo ser multado hasta \$10,000, o prisión de hasta cinco años si proporciono información falsa o incompleta.
4. La información contenida en esta pre-solicitud será verificada antes de la admisión al programa. Colocación en lista de espera y admisión el estado puede cambiar según la información verificada.

Firma del pre- Solicitante X: _____ FECHA: _____

Aviso de la ley de Privacidad: Para su protección los datos recopilados en éste formulario solo se divulgarán de acuerdo con la ley de Privacidad del 1974.