



Querido Solicitante de Asistencia de Alquiler,

Adjuntado esta la forma de Pre-Solicitud (incluyendo el Accesorio A) para la Ciudad de Encinitas Autoridad de Vivienda, Programa de Asistencia de Alquiler.

La forma de Pre-Solicitud debe completarse totalmente. Después de haber completado, firmado y fechado la aplicación (y Accesorio A), por favor envíe la forma por correo a la dirección arriba indicada.

Actualmente tenemos una lista de espera muy larga. Se estima que la espera es de siete o más años para solicitantes elegibles.

Se le notificará por correo cuando se haya alcanzado su nombre en la lista de espera. **Si cambia su: dirección de correo, dirección de residencia, número de teléfono, correo electrónico, ingreso, o composición del hogar, notifique a la Autoridad de Vivienda de Encinitas por escrito enviando una aplicación actualizar dentro de las dos semanas posteriores al cambio.**

Por favor tenga en cuenta que darán el privilegio en nuestra lista de espera a personas que viven o trabajan en la Ciudad de Encinitas. Si usted no vive/trabaja en Encinitas, entonces esperamos que su nombre **NO SERA** alcanzado en nuestra lista de espera. Si usted vive fuera de nuestra area, se sugiere que se ponga en contacto con la autoridad de vivienda que cubre el area en la cual usted vive.

Gracias,

Lista de Espera personal

Adjuntos



PRE-APLICACIÓN

(Por Favor Imprima)
Cabeza del Hogar: _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL (de segundo nombre)

Dirección de
Residencia: _____

Número de Casa, Calle y Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección
Postal: _____

(Si es diferente de la residencia.) Número de Casa, Calle y Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

PERSONAS QUE VIVIRÁN CON USTED (INCLUYENDO A UN NIÑO NO NACIDO)	RELACIÓN AL SOLICITANTE	INGRESO MENSUAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO M / F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
1. (Su Nombre Aquí)	SOLICITANTE	\$				
2.		\$				
3.		\$				
4.		\$				
5.		\$				
6.		\$				

(Para miembros adicionales de su familia, adjunte una hoja separada apuntando la misma lista de información que está arriba.)

La actual renta mensual: \$ _____. Si comparte su renta, la parte de renta que usted paga: \$ _____

Número de recámaras en su residencia actual? ____ Si esta compartiendo, número de recámaras su familia ocupa? ____

EL TOTAL INGRESO BRUTO mensual de TODOS los miembros del hogar de 18 años de edad o mayores: \$ _____

EL INGRESO DEL HOGAR MENSUAL

Indicar cantidades en cualquier fuente de ingresos para miembros del hogar de 18 años de edad o mayores:

FUENTE DE INGRESO	MENSUAL	FUENTE DE INGRESO	MENSUAL	FUENTE DE INGRESO	MENSUAL
Salario	\$	Seguro Social	\$	Beneficios de Veteranos	\$
Asistencia Social del Gobierno/CALWorks	\$	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	Pensión/Jubilación	\$
Desempleo	\$	Ingresos Activos	\$	Mantenimiento de Hijos Menores de edad	\$
Otro	\$			Mantenimiento de Esposo o Esposa	\$

ESTADO DE CIUDADANO/ETNICIDAD

Yo soy:	<input type="checkbox"/> E.U. ciudadano/nacional	<input type="checkbox"/> No ciudadano mayor de 62 años	<input type="checkbox"/> No ciudadano, estatuto legal	<input type="checkbox"/> No ciudadano, estado ilegal		
Miembros de mi hogar son:	<input type="checkbox"/> E.U. ciudadano/nacional	<input type="checkbox"/> No ciudadano mayor de 62 años	<input type="checkbox"/> No ciudadano, estatuto legal	<input type="checkbox"/> No ciudadano, estado ilegal		
(Opcional) Yo me considero:	<input type="checkbox"/> Raza Blanca	<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Americano Indio	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático/ Isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro



INFORMACIÓN DEL HOGAR		
Por favor responda a las siguientes preguntas:		
1. ¿Es usted, su esposo o esposa, o cónyuge vallecido Veteranos de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Está actualmente sin hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Es usted, su esposo o esposa inválido o incapacitado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Es usted, su esposo o esposa de 62 años de edad o mayor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Es usted, su esposo o esposa empleados? <i>Si es caso afirmativo, ¿cuántas horas por semana trabajan?</i> _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Usted, su esposo o esposa trabajan en la Ciudad de Encinitas? <i>Si es caso afirmativo, escriba el lugar de empleo:</i> _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Usted, su esposo o esposa asisten a una escuela o entrenamiento del trabajo? <i>Si es caso afirmativo, cuántas horas por semana/unidades?</i> _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Están siendo desplazados o obligados a moverse debido a la acción del gobierno?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Usted o algún miembro de la familia han participado en drogas o violento actividades criminales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Usted o algún miembro de la familia han sido desalojados del hogar debido a las actividades relacionadas a las drogas o criminales violentas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Usted o algún miembro de la familia han vivido en viviendas subsidiadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Usted o algún miembro de la familia debe dinero a cualquier Agencia de Vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Hay un estudiante de tiempo completo que es mayor de 18 años de edad en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Alguien fuera de su hogar paga por algunas de sus cuentas o le da dinero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Proporcione una explicación para las respuestas donde respondió "Sí" a las preguntas 9-14

Importante: Esta aplicación debe ser completada y devuelto o su nombre no será colocado en la lista de espera. Es su responsabilidad notificar a la Autoridad de Vivienda por escrito, si tiene un cambio de dirección, de ingresos, o si cambia la composición de su familia. Falta de responder a cualquier correspondencia, solicitudes de información actualizada, o citas resultará en la eliminación de su aplicación en la lista de espera.

Yo certifico que todas las declaraciones en esta pre-aplicación son verdaderas y correctas.

Firma de Cabeza del Hogar

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

NOTA PARA TODOS LOS SOLICITANTES: La Autoridad de Vivienda de Encinitas se compromete a proporcionar oportunidad de vivienda igual para todas las personas sin tener en cuenta la raza, color, edad, ascendencia u origen nacional, religion, sexo, invalidez, estado familiar o cualquier otra clase protegida bajo ley federal y estatal. Si usted cree haber sido víctima de discriminación, o tiene alguna pregunta sobre vivienda justa, por favor contactarse con La Sociedad de Ayuda Legal de San Diego al (844)449-3500. También puede contactarse con Estados Unidos Departamento de Vivienda y Justa del Desarrollo Urbano línea directa al (800) 669-9777.

Ingreso anual máximo para calificar para el programa de asistencia de alquiler:

1 persona de hogar	\$53,050
2 personas de hogar	\$60,600
3 personas de hogar	\$68,200
4 personas de hogar	\$75,750
5 personas de hogar	\$81,850
6 personas de hogar	\$87,900
7 personas de hogar	\$93,950
8 personas de hogar	\$100,000

Efectivo 4/01/2024 y actualizado anualmente