**Solicitud de ingreso al Programa HOME**

|  |
| --- |
| A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR |
| **Nombre del Administrador:** |
| **Calle:**  |
| **Ciudad/Estado/Código postal:**                 | **Condado:**       |
| B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE |
| Nombre(s) del solicitante:       |
| **Calle:**       |
| **Ciudad/Estado/Código postal:**                 | **Condado:**       |
| **Correo electrónico:**       | **Teléfono particular: (**   **)**    -    **Teléfono móvil: (**   **)**    -     |
| C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR(Incluir a todos los miembros del grupo familiar) |
| **Nombre completo****(exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)** | **Parentesco** **con la****Cabeza de familia** | **Fecha de Nacimiento** | **Género** | **Estado del estudiante FT = Tiempo completo****PT = Tiempo parcial****N/C=No corresponde** | **¿Recibe****Ingresos?** | **Marcar si es veterano(a)** |
| **1.** |       | **Cabeza de familia** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT** **[ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **2.** |       | **[ ]  Cónyuge** **[ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente** **[ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No**  | **[ ]**  |
| **3.** |       | **[ ]  Cónyuge [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **4.** |       | **[ ]  Cónyuge [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **5.** |       | **[ ]  Cónyuge [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **6.** |       | **[ ]  Cónyuge [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **7.** |       | **[ ]  Cónyuge [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **8.** |       | **[ ]  Cónyuge [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **9.** |       | **[ ]  Cónyuge [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Yes****[ ]  No** | **[ ]**  |
| Información importante para ex miembros de los servicios militares.  Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo el Ejército, la Marina, los Marines, la Guardia de Costas, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas al <https://veterans.portal.texas.gov/>.”   |

|  |
| --- |
| D. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (continuación) |
| 1. **¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?** **[ ]  No**  **[ ]  Sí, ¿quién?**
2. **¿Algún miembro del grupo familiar mencionado anteriormente es un niño en cuidado sustituto? [ ]  No**  **[ ]  Sí, ¿quién?**
3. **¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en la casa como acompañante[ ]  No**  **[ ]  Sí, ¿quién?**
4. **¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal? [ ]  No**  **[ ]  Sí, ¿quién?**

**En caso afirmativo, indicar el motivo de la ausencia temporal:**      **5. ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses? [ ]  No [ ]  Sí,**  **explique :**       |
| **E. ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA RECIBIDA ANTERIORMENTE****(Enumerar cualquier otra asistencia para la vivienda provista a miembro del grupo familiar o recibida por él)** |
| **¿Esta propiedad se vio afectada por un desastre?         [ ] No [ ] Si, ¿cuál desastre?**       |
| **Fuente** | **Cantidad** | **Fecha de recepción** | **Razón** |
| 1. **FEMA**: Agencia de Administración de Emergencias Federal
 | **$**      |       |       |
|  **[ ] No [ ]  Sí** ¿Si es por desastre, cual fue?      |
| 1. **SBA:** Small Business Administration (Administración de pequeñas empresas)
 | **$**      |       |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| 1. **Sección 8:** Desarrollo urbano y de viviendas
 | **$**      |       |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| 1. **TBRA**: Programa de asistencia para el Inquilino
 | **$**      |       |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| 1. **Seguro de propietario de vivienda**
 | **$**      |  |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| 1. **Otro (describir):**
 | **$**      |       |       |
|  **[ ] No [ ]  Sí** |
| F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES |
| **1**. **¿Alguien del grupo familiar presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado de TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario? [ ]  No [ ]  Sí**  **Si la respuesta es afirmativa, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.**       **¿Desempeña actualmente esa función? [ ]  No [ ]  Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de  hacerlo:**      **2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario (tanto por lazos familiares como comerciales)? [ ]  No [ ]  Sí** **Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.**       **¿Desempeña actualmente esa función? [ ]  No [ ]  Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:**       |
| G. INFORMACIÓN SOBRE LA ENAJENACIÓN DE ACTIVOS |
| **1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? *(*** ***si perdió el hogar debido a ejecución hipotecaria, bancarrota o divorcio, responda que no )*: [ ]  No [ ]  Sí, ¿quién?**      **Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):**      **2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de un hogar durante los últimos dos años? [ ]  No [ ]  Sí, ¿quién?**       **¿Es actualmente propietario? [ ]  No** En caso negativo: ¿Cuándo se enajenó?        **[ ]  Sí** En caso afirmativo: ¿Está alquilado? **[ ]  No [ ]  Sí** ¿Está vacío? **[ ]  No [ ]  Sí** ¿Está en proceso de venta? **[ ]  No [ ]  Sí** |

|  |
| --- |
| H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR(Mencionar TODOS los ingresos de los miembros del grupo familiar, con excepción de los ingresos obtenidos del empleo de personas menores de 18 años) |
| **Identifique los ingresos de cualquier fuente esperados durante los próximos 12 meses** | **Cabeza de familia** | **cónyuge o Corresponsable** | **otros miembros adultos** | **Dependientes** | **Total** |
| 1. **Salario N.° 1**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Salario N.° 2**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Pago de horas extras**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Comisiones /Honorarios**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Propinas y bonos**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingreso temporal**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingreso de las fuerzas armadas**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Interés / Dividendos**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingresos netos comerciales**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingreso neto de alquiler**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Seguro Social**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Seguro adicional**

**Ingreso** | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Pensión**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingresos de retiro**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Asistencia familiar u**

**obsequios recurrentes** | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Beneficios de desempleo**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Indemnización por accidentes laborales**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Pensión alimenticia**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Manutención del niño**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| **Marcar el tipo: Asignado por el tribunal Voluntario Anticipado** |
| 1. **AFDC/TANF**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Otro ingreso**

**Describa:** | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
|  | **Ingreso Annual:** | **$**      |
| I. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEO ACTUAL |
| 1. **Nombre del integrante del grupo familiar:**

      | **Ocupación :**      | **Teléfono laboral :** (   )   -     |
| **Nombre y dirección del empleador :**       | **Ciudad :**       | **Estado :**       | **Código postal :**       |
| **Fecha de contratación**       | **Salario :****$**      | **Período de pago :**  [ ] Por hora [ ] Semanal [ ] Quincenal (26){}[ ] Dos veces al mes (24) [ ] Mensual [ ] Anual Otro       | **Horas trabajadas por semana**      | **Fax:** (   )   -     |

|  |
| --- |
| I. INFORMACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL (continuación) |
| 1. **Nombre del integrante del grupo familiar:**

      | **Ocupación:**      | **Teléfono laboral:** (   )   -     |
| **Nombre y dirección del empleador**      | **Ciudad:**       | **Estado:**       | **Código postal:**       |
| **Fecha de contratación:**      | **Salario:****$**      | **Período de pago :**  [ ] Por hora [ ] Semanal [ ] Quincenal (26){}[ ] Dos veces al mes (24) [ ] Mensual [ ] Anual Otro       | **Horas trabajadas por semana:**      | **Fax:**(   )   -     |
| 1. **Nombre del integrante del grupo familiar:**

      | **Ocupación:**      | **Teléfono laboral:** (   )   -     |
| **Nombre y dirección del empleador:**       | **Ciudad:**       | **Estado:**       | **Código postal:**       |
| **Fecha de contratación:**      | **Salario:****$**      | **Período de pago :**  [ ] Por hora [ ] Semanal [ ] Quincenal (26){}[ ] Dos veces al mes (24) [ ] Mensual [ ] Anual Otro       | **Horas trabajadas por semana:**      | **Fax:**(   )   -     |
| 1. **Nombre del integrante del grupo familiar:**

      | **Ocupación:**      | **Teléfono laboral:** (   )   -     |
| **Nombre y dirección del empleador:**       | **Ciudad:**       | **Estado:**       | **Código postal:**       |
| **Fecha de contratación:**      | **Salario:****$**      | **Período de pago :**  [ ] Por hora [ ] Semanal [ ] Quincenal (26){}[ ] Dos veces al mes (24) [ ] Mensual [ ] Anual Otro       | **Horas trabajadas por semana:**      | **Fax:**(   )   -     |
| J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (\*), indique el importe que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), descontando las penalizaciones por retiro anticipado, importes usados para cancelar un saldo y los aranceles que puedan aplicarse a la conversión). |
| **Identifique todas las fuentes de activos** | **Efectivo Valor** | **Ingreso de activo** **(Interés / Dividendos)** | **Nombre de la institución financiera** | **Número de cuenta:** |
| 1. **Cuenta corriente N.° 1**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta corriente N.° 2**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta de ahorros N.° 1**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta de ahorros N.° 2**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Acciones, bonos, fondos mutuos\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Inmuebles/hogar\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Bienes raíces / Tierra\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta(s) IRA/Keogh\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Fondo(s) de pensión / jubilación\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Fondo(s) fiduciario(s)**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Pagaré hipotecario**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Seguro de vida entera\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Bienes personales mantenidos como**

**Inversión (gemas, monedas, etc.)** | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.)**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Otro:**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |

|  |
| --- |
| **K. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOBRE NECESIDADES ESPECIALES:** El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) solicita esta información para cumplir con los requisitos de informe solicitados por el HUD.  Aunque el TDHCA apreciaría recibir esta información, usted puede elegir no presentarla. No será discriminado debido a esta información, ni tampoco si decide presentarla o no.  Si no desea presentar esta información, coloque sus iniciales a continuación.  |
|  | No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar. |
| ***Iniciales del solicitante*** |
|  |
| **Códigos del grupo étnico:**A - Hispano: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.B – No hispano |
| **Códigos de raza:**A- BlancoB - Negro-afroamericanoC - AsiáticoD - Indio americano/nativo de AlaskaNativo de Hawái / otra isla del Pacífico | F - Indio americano/nativo de Alaska/ blancoG - Asiático/blancoH - Negro/afroamericano/blancoI - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericanoJ - Otras razas múltiples |
| **Códigos de necesidades especiales:**A - De la tercera edadB - Persona con discapacidades\*C - Persona con VIH/SIDAD - Persona con adicción al alcohol y/o drogas | E - Residente de ColoniaF – VAWA/víctima de violencia domésticaG - Persona sin viviendaH - Trabajador migratorio de granjasI - Residente de vivienda pública | J - Víctima de desastreK – VeteranoL - Combatiente heridoM - El dinero sigue a la persona |
| **\*Definición de discapacidad:** Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal actual o la adicción a una sustancia controlada. |
|  | **Código de origen étnico** | **Código de raza** | **Código(s) de necesidades especiales** |
| 1 (Cabeza)  |  |  |  |
| 2  |  |  |  |
| 3  |  |  |  |
| 4  |  |  |  |
| 5  |  |  |  |
| 6  |  |  |  |
| 7  |  |  |  |
| L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS |
| Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del Programa HOME por el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre préstamos hipotecarios, empleo, activos, pasivos e ingresos. Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años deben firmar la Solicitud. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre en imprenta del solicitante Firma Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre en imprenta del cosolicitante Firma Fecha  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre en letra de imprenta del miembro adulto: Firma Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre en letra de imprenta del miembro adulto: Firma Fecha  |
| **Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. establece que realizar declaraciones falsas intencionales o la****provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.** |

*Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS**Dirección física: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.state.tx.us Sitio web: www.tdhca.state.tx.us |  |