**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS  
SOLICITUD DE REGISTRO**

## Estimado solicitante:

**La información de este formulario se necesita para determinar si su grupo familiar es elegible para participar en el Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (THDCA, por sus siglas en inglés). Por favor, complete todo el formulario y *no deje espacios en blanco*.La solicitud completa debe devolverse al administrador del contrato, identificado en la sección I a continuación.**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** | |
| **Administrador:** | **Número de contrato del TDHCA:** |
| **Persona de contacto:** | **Cargo de la persona de contacto:** |
| **Dirección:** | **Teléfono:** |
| **Correo electrónico:** | **Fax:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE** | |
| **A. INFORMACIÓN DE CONTACTO** | |
| **Dirección física de la residencia principal:**  **(como figura en la licencia de conducir o la identificación oficial)** | **Apartamento n.°:** |
| **Ciudad/estado/código postal:** | **Condado:** |
| **Dirección actual:**  **(si es diferente a la anterior)** | **Apartamento n.°:** |
| **Ciudad/estado/código postal:** | **Condado:** |
| **Correo electrónico:** | **Teléfono de la casa: ( ) Teléfono celular: ( )** |
| **Nombre del contacto en caso de emergencia:** | **Teléfono: ( )** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR. Enumere la cabeza del grupo familiar y todas las demás personas que lo integran.** | | | | | | |
| **Nombre completo (tal como aparece en la licencia de conducir u otra identificación oficial)** | **Relación con la cabeza del grupo familiar** | **Fecha de nacimiento** | **Género** | **Condición de estudiante T/C=tiempo completo  T/P=tiempo parcial** | **N.° de seguro social/N.° de registro de extranjero** | **Recibe ingresos** |
| 1 | Cabeza del grupo familiar |  | Masculino  Femenino | 🞏 T/C 🞏 T/P 🞏 N/C |  | 🞏 Sí 🞏 No |
| 2 | 🞏 Corresponsable  🞏 Cónyuge  🞏 Dependiente  🞏 Otro adulto |  | 🞏 Masculino  🞏 Femenino | 🞏 T/C 🞏 T/P 🞏 N/C |  | 🞏 Sí 🞏 No |
| 3 | 🞏 Corresponsable  🞏 Cónyuge  🞏 Dependiente  🞏 Otro adulto |  | 🞏 Masculino  🞏 Femenino | 🞏 T/C 🞏 T/P 🞏 N/C |  | 🞏 Sí 🞏 No |
| 4 | 🞏 Corresponsable  🞏 Cónyuge  🞏 Dependiente  🞏 Otro adulto |  | 🞏 Masculino  🞏 Femenino | 🞏 T/C 🞏 T/P 🞏 N/C |  | 🞏 Sí 🞏 No |
| 5 | 🞏 Corresponsable  🞏 Cónyuge  🞏 Dependiente  🞏 Otro adulto |  | 🞏 Masculino  🞏 Femenino | 🞏 T/C 🞏 T/P 🞏 N/C |  | 🞏 Sí 🞏 No |
| 6 | 🞏 Corresponsable  🞏 Cónyuge  🞏 Dependiente  🞏 Otro adulto |  | 🞏 Masculino  🞏 Femenino | 🞏 T/C 🞏 T/P 🞏 N/C |  | 🞏 Sí 🞏 No |
| 7 | 🞏 Corresponsable  🞏 Cónyuge  🞏 Dependiente  🞏 Otro adulto |  | 🞏 Masculino  🞏 Femenino | 🞏 T/C 🞏 T/P 🞏 N/C |  | 🞏 Sí 🞏 No |
| 8 | 🞏 Corresponsable  🞏 Cónyuge  🞏 Dependiente  🞏 Otro adulto |  | 🞏 Masculino  🞏 Femenino | 🞏 T/C 🞏 T/P 🞏 N/C |  | 🞏 Sí 🞏 No |

|  |
| --- |
| **C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR** |
| ¿Alguno de los miembros del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario? 🞏 NO 🞏 SI, ¿quién?  ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente es un niño en cuidado sustituto? 🞏 NO 🞏 SI, ¿quién?  ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en la vivienda como acompañante? 🞏 NO 🞏 SI, ¿quién?  ¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal? 🞏 NO 🞏 SI, ¿quién?  Indique el motivo de la ausencia temporal:  ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses? 🞏 NO 🞏 SI  Si la respuesta es afirmativa, explique el motivo: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. INGRESO ANUAL (enumere TODOS los ingresos que reciben los adultos y los niños en su grupo familiar, excepto los ingresos laborales de las personas menores de 18 años)** | | | | | | |
| **Identifique el ingreso de cualquiera de las siguientes fuentes, incluidos los pagos periódicos:** | | **Cabeza del grupo familiar** | **Corresponsable/ cónyuge** | **Otro(s) miembro(s) adulto(s)** | **Hijo(a) o dependiente** | **Total** |
| **Salario** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Pago de horas extras** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Comisiones/honorarios** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Propinas y bonos** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Salario de un 2.° empleo** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Ingreso temporal** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Ingreso de las Fuerzas Armadas** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Intereses/dividendos** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Ingresos netos empresariales** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Ingreso neto de alquiler** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Seguro social** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Ingreso de seguro suplementario** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Pensión** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Fondos de jubilación** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Apoyo familiar** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Beneficios de desempleo** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Indemnización por accidente laboral** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Pensión alimenticia** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Manutención infantil (indique de qué tipo)** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Anticipada, voluntaria, ordenada por tribunal (aun si ye fue pagada)** | |
| **AFDC/TANF** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Beca o subvención educativa** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Otro:**  **Explique:** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |  |
| **Total:** | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E. BIENES O ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR (indique si alguien tiene alguno de los siguientes tipos de bienes o activos e incluya a los dependientes menores de 18 años)** | | | | | |
| **Identifique todas las fuentes de bienes o activos** | | **Valor en efectivo** | **Ingreso por bienes o activos (intereses /dividendos)** | **Nombre de la institución financiera** | **Número de cuenta** |
| **Cuenta corriente** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Cuenta(s) corriente(s) adicionales** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Cuenta de ahorros** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Cuenta(s) de ahorro adicionales** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Acciones, bonos, fondos mutuos\*** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Bienes raíces u hogar** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Cuenta(s) IRA/Keogh\*** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Fondo(s) de pensión/jubilación\*** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Fondo(s) fiduciario(s)** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Pagaré hipotecario** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Valor en efectivo de seguro de vida vitalicio\*** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Bienes raíces/tierras\*** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |
| **Otro:** | **🞏 Sí 🞏 No** |  |  |  |  |

\*Cuando indique el “valor en efectivo” de los bienes o activos con asterisco, escriba el monto que tendría si fuera convertido en efectivo. A ese monto, debe haberle deducido toda penalización por retiro anticipado, el monto utilizado para amortizar un saldo o cualquier cargo que se le cobre por la conversión.

|  |
| --- |
| **F. INFORMACIÓN SOBRE LOS BIENES O ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR** |
| 1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que vender algo de valor durante los últimos dos años? *(si perdió una vivienda debido a juicio hipotecario, bancarrota o divorcio, responda NO)* 🞏 NO 🞏 SI Si la respuesta es afirmativa, ¿quién?   Proporcione una explicación (incluido el tipo de bien o activo, su valor aproximado, el monto enajenado y la fecha de enajenación):   1. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de una vivienda durante los últimos dos años?🞏 NO 🞏 SI Si la respuesta es afirmativa, ¿quién?   ¿Es propietario actualmente? 🞏 NO 🞏 SI Si la respuesta es negativa, ¿cuándo dejo de ser propietario?  Si la respuesta es afirmativa, ¿está alquilándola? 🞏 NO 🞏 SI  ¿Está vacía? 🞏 NO 🞏 SI  ¿Está en proceso de venta? 🞏 NO 🞏 SI |

|  |
| --- |
| **G. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES** |
| 1. ¿Alguien del grupo familiar presta en la actualidad (o prestó durante los últimos 12 meses) servicios como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario elegido o designado de TDHCA o administrador? 🞏 NO 🞏 SI   Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién, la organización y la función que desempeñó.  ¿Desempeña actualmente esa función? 🞏 NO 🞏 SI Si la respuesta es NEGATIVA, indique la fecha en que dejó de hacerlo.   1. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta en la actualidad (o prestó durante los últimos 12 meses) servicios como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario elegido o designado de TDHCA o administrador (tanto por lazos familiares como empresariales)? 🞏 NO 🞏 SI   Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién, la organización y la función que desempeñó.  ¿Desempeña actualmente esa función? 🞏 NO 🞏 SI Si la respuesta es NEGATIVA, indique la fecha en que dejó de hacerlo. |

## H. AUTORIZACIÓN DE [VERIFICACIÓN] ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE

**Instrucciones para el solicitante:** Su firma y la(s) firma(s) de cada integrante del grupo familiar con 18 años cumplidos o mayor autoriza al administrador del contrato mencionado anteriormente a obtener información proveniente de un tercero con respecto a su elegibilidad y participación continua en el programa.

# **Información cubierta: se pueden realizar consultas sobre los puntos marcados a continuación por el solicitante.**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Verificación obligatoria** | **Iniciales de los solicitantes** |
| Ingresos (todas las fuentes) | **X** |
|  |  |
| Bienes o activos (todas las fuentes) | **X** |
|  |  |
| Otro (enumerar): | **X** |
| Deducción por dependientes:  🞏 Estudiante de tiempo completo  🞏 Miembro discapacitado del grupo familiar  🞏 Menores de edad | **X** |

Declaración de notificación de la Ley de Privacidad: El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA) requiere la recopilación de la información que figura en este formulario para determinar la elegibilidad de un solicitante para el programa. Esta información se utilizará para establecer si el solicitante es elegible para los beneficios de HTF y para verificar la exactitud de la información suministrada. La información recibida de un solicitante o que sea resultado de la verificación de la elegibilidad de un solicitante puede ser divulgada a agencias federales, estatales o locales apropiadas o, si fuera necesario, a fiscales o a investigadores de casos civiles, criminales o normativos. Si no proporciona toda la información, la aprobación de su elegibilidad podría demorarse o rechazarse. Cada miembro adulto del grupo familiar debe firmar este formulario antes de recibir los beneficios.



NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE UTILIZARSE PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. Si se requiere una copia de una declaración de impuestos, debe completarse el formulario 4506 del IRS, “Solicitud de una copia de un formulario impositivo”, y firmarse por separado

|  |
| --- |
| **I. AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE** |
| Autorizo al administrador del contrato mencionado anteriormente a obtener información sobre mi grupo familiar o mi persona que sea pertinente para determinar mi elegibilidad para participar en el Programa. Acepto que:   1. Una fotocopia de este formulario es igual de válida al original; Y QUE 2. Tengo derecho a revisar la información recibida que usa este formulario; Y QUE 3. Tengo derecho a una copia de la información proporcionada al administrador del contrato y a solicitar una corrección de cualquier información que crea inexacta; Y QUE 4. Todos los miembros adultos del grupo familiar firmarán este formulario y cooperarán con el administrador del contrato durante el proceso de verificación de elegibilidad. |
| **Firmas:**  (si fuera necesario, agregue páginas adicionales): |
| Firma: cabeza del grupo familiar Nombre en letra de imprenta Fecha |
| Firma: otro miembro adulto del grupo familiar Nombre en letra de imprenta Fecha |
| Firma: otro miembro adulto del grupo familiar Nombre en letra de imprenta Fecha |
| Firma: otro miembro adulto del grupo familiar Nombre en letra de imprenta Fecha |

**ADVERTENCIA**: **La sección 1001 del título 18 del Código de los Estados Unidos se establece que una persona es culpable de un delito en caso de que realice declaraciones falsas o fraudulentas, de manera intencional y voluntaria, ante cualquier departamento gubernamental del Gobierno de los Estados Unidos.**