

# Housing Authority of Grant County

[www.hagc.net](http://www.hagc.net)

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308

Phone: (509) 762-5542 • Fax: (509) 762-2202

Toll Free: (800) 742-9202 • TTY: (800) 833-6388

La Autoridad de la vivienda de bajos ingresos del Condado de Grant esta distribuida a través del Condado de Grant. Las viviendas están localizadas en la Ciudad de Moses Lake, área del norte de Moses Lake, Ephrata, Quincy, Soap Lake, Grand Coulee, en Warden, Royal City y Mattawa.

En los hogares de la Autoridad de vivienda no se permite fumar. Su firma en un apéndice de no fumar será requerida en su movida.

Todos los animales deben ser aprobados antes y un depósito de \$300.00 es requerido. Las restricciones aplican al tamaño y cuántos animales usted puede tener.

Revisaremos su aplicación de renta y teniendo en cuenta cualquier información negativa que podría no hacerlo elegible para ser usted un inquilino en la Autoridad de Viviendas. Los requisitos de la elegibilidad son basados en regulaciones de HUD así como nuestro ACOP y en Planes de ADMIN. Para verificar su elegibilidad, nosotros obtendremos un reporte de crédito, verificando antecedentes penales, registros civiles de tribunal y referencias de donde ha vivido en el pasado.

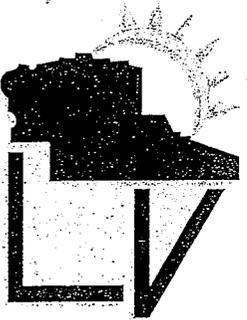
La compañía que utilizamos para la investigación se llama Orca, S.a., PO Encajona 277, Anacortes, WA 98221. El teléfono: 1-800-341-0022 [orca@orcainfo-com.com](mailto:orca@orcainfo-com.com)



*The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize the housing programs and related services.*







www.hagc.net

# Housing Authority of Grant County

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308  
Phone: (509) 762-5541 • Fax: (509) 762-2202  
Toll Free: (800) 747-9202 • TTY: (800) 833-6388

## ESTA APLICACION NO SERA ACEPTADA A MENOS QUE ESTE BIEN COMPLETA

La presentacion de esta aplicacion no garantiza que usted recibira una unidad de Vivienda. Sin embargo, nos ayudara a nosotros a determinar su elegibilidad para los programas por los que usted esta aplicando. Es importante que usted llene la forma completamente y exactamente. Usted tiene que notificarnos inmediatamente si hay un cambio en el tamaño de su familia, direccion y numero de telefono, ingresos u otras circunstancias que puedan afectar su aplicacion.

## POR FAVOR INDIQUE PARA CUAL PROGRAMAS(S) ESTAN APLICANDO:

Vivienda Publica:      Moses Lake      \_\_\_\_\_ Programa de Vivienda Voucher de Seccion 8

Ephrata      \_\_\_\_\_ Warden      \_\_\_\_\_ Vivienda del trabajador del Campo en Mattawa

Soap Lake      \_\_\_\_\_ Royal City      \_\_\_\_\_ Subsidiado Larson (casas en Moses Lake)

Quince      \_\_\_\_\_ Grand Coulee      \_\_\_\_\_ Mental Health / \_\_\_\_\_ Camas Court (55+)PBV

Nombre del Jefe de Familia \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono de Casa \_\_\_\_\_

Numero de P O Box \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado,Codigo Postal \_\_\_\_\_ Telefono de Mensaje \_\_\_\_\_

Como se entero Usted de nuestras propiedades?      Pediorico      Folleto/ Cartas      Otro Explicar \_\_\_\_\_

Usted vive, trabaja o atiende alguna escuela en el condado de Grant?      Si      No

## REGISTRAR TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA INCLUYENDOSE USTED MISMO

Nombre del Miembro	Parentesco con Jefe de Familia	Sexo	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Ocupacion	SS# o Alien Reg. #
1.	Usted						
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

## REGISTRO DE CONVICCION CRIMINAL

Usted, o alguno en su familia, alguna vez fue convicto por una ofensa otra que un delito? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es si, indica quien \_\_\_\_\_ tiempo que sirvió \_\_\_\_\_ Fecha liberado \_\_\_\_\_

Un miembro de su casa ha utilizado jamas drogas o fue acusado de la actividad de drogas? Si \_\_\_\_\_ No. Si es si, explica por favor. \_\_\_\_\_

Algun miembro de casa ha sido registrado como agresor (ora) sexual? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Algun miembro de su hogar esta registrado en alguna institucion para a largar su educacion? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Recivido por \_\_\_\_\_

Aprobado y asignado por \_\_\_\_\_ Numero de Cuartos \_\_\_\_\_ App. # \_\_\_\_\_



La Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

de la Housing Authority of Grant County, Washington, no discrimina en base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad física o mental, o estatus familiar. OPORTUNIDAD DE VIVIENDA ECUA

they may fully access and utilize the housing programs and related services.



OTRO

Ha sido alguna vez desalojado de cualquier vivienda previa o el dueño o manejador le ha dicho que tiene que moverse?

Si  No  Si es si, por favor explicar \_\_\_\_\_

Debe usted actualmente cobros de vivienda previos o de alquiler? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es si, cuanto? \$ \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

Ha vivido alguna vez en una unidad subsidiada o ha rentado con La Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant o con cualquier otra Autoridad de Vivienda?

Si  No  Si es si, donde? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

REFERENCIAS DE ARRENDATARIO

Existen todas las direcciones donde ustedes han vivido durante los ULTIMOS 4 AÑOS, el nombre, direccion, y el numero de telefono del dueño. Tambien incluya aproximadamente la fecha en que usted rento con cada dueño.

Direccion presente \_\_\_\_\_

Nombre del presente dueño \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Rento desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Cantidad de renta \$ \_\_\_\_\_

Es esta su direccion actual  Si  No

Direccion anterior \_\_\_\_\_

Nombre del dueño \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Rento desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Cantidad de Renta \$ \_\_\_\_\_

Razon por moverse \_\_\_\_\_

Direccion anterior \_\_\_\_\_

Nombre del dueño \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Rento desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Cantidad de Renta \$ \_\_\_\_\_

Razon por moverse \_\_\_\_\_

Direccion anterior \_\_\_\_\_

Nombre del dueño \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Rento desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Cantidad de Renta \$ \_\_\_\_\_

Razon por moverse \_\_\_\_\_

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

REFERENCIAS DE CREDITO

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**VALORES Y GASTOS**

Por favor enliste los ingresos que gano durante los ultimos 12 meses, por cada miembro familiar que tiene 18 años o de mas edad.

Miembro Familiar	Nombre de Empleadores	Fechas Trabajadas	Cantidad Ganada (Los Ultimos 12 Meses)

Cualquiera en su familia que reciba, o recibira, mensualmente, seguro social o asistencia de DSHS, o Departamento de Desempleo, o apoyo de niños. Si es asi, por favor enliste.

Miembro Familiar	De Donde

Puede ser que usted sea elegible para recibir una deduccion por incapacidades. Califica usted para esta deduccion?  Si  No  
 Recibio usted un credito de ingreso ganado de IRS o Empleadores?  Si  No

**INGRESO ANUAL TOTAL DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:**

\$ \_\_\_\_\_

**LOS VALORES**

Cuentas de ahorros: Banco Y Numero de Cuenta \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Cheques: Banco Y Numero de Cuenta \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Stocks Y Bonos: Banco Y Numero de Cuenta \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Aseguransas: Numero de Poliza \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_  
 Union de Credito en Sociedad: Lugar \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_  
 Certificados, Bonos de Guerra \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**VALORES TOTALES \$ \_\_\_\_\_**

Ha usted tenido en los ultimos dos años posesion de propiedad?  Si  No

Si es si, explique \_\_\_\_\_

Ha dispuesto de cualquier otro valor en los ultimos dos años?  Si  No

Si es si, explique \_\_\_\_\_

**GASTOS**  
 La cantidad que anticipa de gasto para medico \$ \_\_\_\_\_

La cantidad que anticipa de gasto para Cuidado de Sus Hijos/Niñera \$ \_\_\_\_\_

**LAS VERIFICACIONES Y FIRMAS**

Yo certifico que la unidad por la cual aplique sera mi casa permanente y no tendre otra unidad de renta subsidiada en algun otro lugar.  
 La informacion en esta aplicacion es verdadera, completa en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si no he dado informacion verdadera y completa en lo mejor de mi conocimiento, mi aplicacion para vivienda puede ser cancelada.

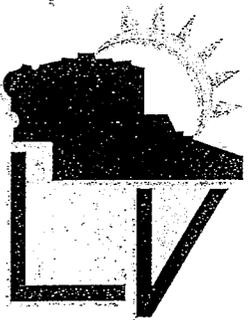
Autorizo a la Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant para hacer indagaciones para el proposito de verificar las declaraciones contenidas en esta aplicacion.

Firma del Jefe de familia y Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma de Otro Miembro Adulto y Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Conyuge y Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma de Otro Miembro Adulto y Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Otro Miembro Adulto y Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma de Otro Miembro Adulto y Fecha \_\_\_\_\_

Applicante: Por Favor no complete esta forma. Simplemente firme la parte de abajo.



# Housing Authority of Grant County

www.hagc.net

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308  
Phone: (509) 762-5541 • Fax: (509) 762-2202  
Toll Free: (800) 747-9202 • TTY: (800) 833-6388

PARA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

REFERENCIA DE CASERO PARA: \_\_\_\_\_

ESTIMADO \_\_\_\_\_

La familia mencionada arriba ha aplicado con nosotros para vivienda y queremos saber de la historia del aplicante. Por favor complete lo siguiente:

1. Estado                   (    ) inquilino presente                   (    ) inquilino pasado
2. Periodo de ocupacion: de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_
3. Si es inquilino pasado, se le dio notificacion apropiada?                   (    ) si                   (    ) no
4. La vivienda esta/estaba limpia y en condicion sanitaria?                   (    ) si                   (    ) no
5. Pagan/pagaban el alquiler en completo y a tiempo?                   (    ) si                   (    ) no
6. Hay/hubo quejas contra la familia:                   (    ) si                   (    ) no
7. Hay un balance de deuda sobre alquiler u otra deuda?                   (    ) si                   (    ) no
8. Le alquilaria/rentaria a la familia de nuevo?                   (    ) si                   (    ) no

Comentarios: \_\_\_\_\_

FIRMA DE CASERO \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

Agradecemos su atencion y cooperacion en regresar este formulario en cuanto sea posible y a su conveniencia. Por favor responda dentro de 14 dias de haber recibido esta carta. Un sobre con estampilla ha sido adjuntado.

Sinceramente,  
LA AUTORIDAD DE LA VIVIENDA DEL CONDADO DE GRANT,  
WASHINGTON

Representante de la Autoridad de la Vivienda \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Yo, \_\_\_\_\_ doy autorizacion a los propietarios nombrados arriba, que den la informacion pedida por la Autoridad de la Vivienda del del Condado de Grant del estado de Washington. Con respecto a mi arrendatario presente y arrendatarios pasados. Este documento podra ser reproducido si mas de una referencia de casero es necesaria.

FIRMA DEL APLICANTE: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

La Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant, Washington, no discrimina en las bases de raza, color, origen nacional, religion, sexo, discapacidad mental o fisica, o estado familiar.



EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize the housing programs and related services.



## NOTIFICACION DE LA REGLA DEL NO-CIUDADANO

En el día 19 de Junio del año 1995, en acuerdo con la seccion 214 del Acto de la Vivienda y Desarrollo de la Comunidad del año 1980, como fue enmendado, La Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant implemento un cambio en las regulaciones federales que instituyen un limite en la elegibilidad para la asistencia basada en la ciudadanía y de inmigracion. Lo siguiente da mas explicacion a los requisitos:

### QUIEN CALIFICA PARA LA ASISTENCIA:

- (1) Ciudadanos de los Estados Unidos; o
- (2) No-ciudadanos que tengan un Estado de Inmigracion Elegible de alguna de las siguientes categorias:
  - (a) Un no-ciudadano legalmente admitido para residencia permanente, como esta explicada por la seccion 101(a)(20)de la Acta de la Inmigracion y Nacionalidad (INA), como inmigrante, como esta explicada por la seccion 101(a)(15) del INA (8 U.S.C. 1101(a) (20) y 1101(a) (15), respetuosamente (inmigrantes). Esta categoria incluye: no-ciudadanos admitidos bajo las secciones 210 o 210A del INA (8 U.S.C.1160 O 1161), Trabajador Granjero Especial), a quien le hayan cumplido legalmente un Estado de Residencia Temporal);
  - (b) Un no-ciudadano que haya entrado a los Estados Unidos antes del primero de Enero del año 1972, o tal fecha despues por manera legal, y ha continuado manteniendo residencia en los Estados Unidos desde que entro a los Estados Unidos y quien no sea elegible para ciudadanía, pero quien sea que por manera legal tenga residencia permanente como resultado del ejercicio de discrecion por El Licenciado General bajo la seccion 249 del INA(8 U.S.C. 1259);
  - (c) Un no-ciudadano quien este legalmente presente en los Estados Unidos Esperando admision bajo la seccion 207 del INA(8 U.S.C. 1157) (Estado de refugiado); esperando el conceso de asilo (que no haya sido terminado) bajo la seccion 208 del INA(8 U.S.C. 1158)(Estado de Asilo): O por el resultado de haberse concedido permiso condicional bajo la seccion 203(a)(7) del INA(8 U.S.C. 1153(a)(7)antes del primero de Abril del año 1980, por la razon de persecucion por ser de una raza, religion, o de opinion politica o por haber sido desarraigado por una catastrofia de calamidad nacional.
  - (d) Un no-ciudadano quien este legalmente presente en los Estados Unidos por el resultado de un ejercicio de descrecion por el Licenciado General por razones de emergencia o razones juzgadas estrictamente en el interes del publico bajo la seccion 212(d)(5) del INA(8 U.S.C.1182(d)(5)) (Estado de Libertad Bajo Palabra);
  - (e) Un no-ciudadano quien este legalmente presente en los Estados Unidos por el resultado de la deportacion suspendida por el Licenciado General bajo la seccion 234(h) del INA(8 U.S.C. 1253(h) (amenaza de vida olibertad); o
  - (f) Un no-ciudadano legalmente admitido a una residencia temporaria o permanente bajo la seccion 245A del INA (8U.S.C. 1255(A)) (Amnistia Concedida bajo el INA 245(a).

### CUAL EVIDENCIA ES NECESARIA:

- (1) Para ciudadanos de los Estados Unidos, la evidencia consiste de una declaracion firmada de ciudadanía de los Estados Unidos.
- (2) Para no-ciudadanos que esten de la edad de 62 años o mas y que esten recibiendo asistencia en el tiempo del día 19 de Junio del año 1995, la evidencia consiste de:
  - (a) Una declaracion firmada del Estado de Inmigracion Elegible; y
  - (b) Documento dando evidencia de la edad.
- (3) Para todos los demas no-ciudadanos la evidencia consiste de:
  - (a) Una declaracion firmada del Estado de inmigracion elegible;
  - (b) Un formulario firmado del consentimiento de verificacion.
  - (c) Uno de los siguientes documentos del INA:
    - (i) El Formulario I-551 tarjeta de registracion de extranjero.
    - (ii) El Formulario I-94 Archivo de llegada y Partida anotada con uno de los siguientes:
      - Admitido como refugiado persigiente de la seccion 207
      - La seccion 208 o Asilo
      - La seccion 243(h) o deportacion suspendida por el Licenciado General
      - Libertad bajo palabra persigiente a la seccion 212(d)(5) a el INA
    - (iii) El formulario I-94 archivo de llegada y Partida no-anotado tendra que ser acompañado con una de las siguiente:
      - La decision final del tribunal concediendo el asilo
      - Una carta del oficial del INS o el Director distrito del INS concediendo asilo
      - La decision del tribunal concediendo, reteniendo o deportando
      - Una carta del oficial de asilo,del INS concediendo reteniendo o deportando
    - (iv) El formulario I-688 Tarjeta de residencia temporal anotada con la seccion 245A o seccion 210
    - (v) El formulario I-688B Tarjeta de autorizacion del empleo anotada con provisiones de la ley 274a.12(1) o provisiones de la ley 274a. 12
    - (vi) El recibo del INS de la aplicacion sobre la reparitida de la reposicion de algun documento notado arriba.

### CUANDO TENDRA QUE SER ENTREGADA:

Para solicitantes, las pruebas tendran que ser entregadas al tiempo en que apliquen. A los que esten corriente con su aplicacion tendran que entregar evidencia al tiempo de la entrevista.

Para inquilinos recibiendo asistencia en el tiempo del día 19 de Junio del año 1995, deberan entregar evidencia en su primera reexaminacion regular. Para cualquier inquilino nuevo, la evidencia que se requiere tendra que ser entregada antes de que sea admitido a la vivienda.

### QUE PASA DESPUES DE ENTREGAR:

En cuanto la evidencia ha sido entregada, los que esten declarando ciudadanía de los Estados Unidos y los inquilinos (que han estado en el tiempo del día 19 de Junio del año 1995) que tengan 62 años de edad o mas y quien esten declarando estado de inmigracion elegible, su nombre sera puesto en una lista de espera si son aplicantes o si son inquilinos, continuaran en vivienda asistida.

Para los demas no-ciudadanos que hayan reclamado un estado de inmigracion elegible, los documentos que entregan seran verificados en cooperacion con el INS [Immigration and Naturalization Service (Servicio de Inmigracion y Naturalizacion)] si el estado de inmigracion elegible no se verifica, la familia sera notificada de su inelegibilidad y se le dara el derecho de suplicar la decision a el INS o a La Autoridad de la Vivienda. Si no se escoge ninguna de las dos suplicaciones la asistencia a la familia sera prorratada, terminada, o negada. Si la familia escoge suplicar y si la decision es sostenida, la asistencia sera prorratada, terminada, o negada. Esto depende de las circunstancias. Los que hayan recibido asistencia al tiempo del día 19 de Junio del año 1995, podran ser elegible a la asistencia o podran pedir asistencia continuada o diferir la terminacion para poder conservar la familia.

DECLARACION DEL ESTADO DE ELEGIBILIDAD

Jefe de la Casa/Miembro Adulto de la Familia  
(identifique uno)

Esposo-Esposa/compañero de alquiler/Miembro Adulto de la Familia  
(identifique uno)

Nombre (letra separada)

Nombre (letra separada)

Yo certifico que soy (por favor identifique uno):

Yo certifico que soy (por favor identifique uno):

ciudadano de los estados unidos.

ciudadano de los estados unidos.

no-ciudadano con Estado de Inmigracion Elegible.

no-ciudadano con Estado de Inmigracion Elegible.

escojiendo no decir si soy ciudadano o si soy inmigrante  
con estado elegible.

escojiendo no decir si soy ciudadano o si soy inmigrante  
con estado elegible.

*(Por favor complete lo siguiente si hay niños menor de la edad de 18 años y si usted es el adulto responsable por la Familia)*

Yo certifico que los siguientes niños menor de la edad de 18 años en mi familia son: (Por favor marque los cuadros apropiados y escriba el (los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de el(los) niño(s))

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_ Ciudadano de los Estados Unidos

\_\_\_\_ no-ciudadano Con Estado de Inmigracion Elegible

\*\*\*\*\*  
Escojiendo no decir si son Ciudadanos De Los Estados Unidos o si soy Inmigrante con Estado Elegible.

Yo declaro que bajo riesgo de el perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que lo anterior es cierto a lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_ Jefe de la casa/firma de Adulto y Fecha

\_\_\_\_ Esposo-Esposa/compañero de alquiler/firma de adulto y fecha

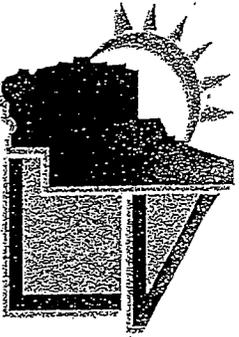
SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA

<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 1 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>
<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 1 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>
<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 1 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>
<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 1 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>
<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 1 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>
<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 1 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>
<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 1 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>

\*\*\*\*\*

<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 2 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>
<u>NOMBRE</u>	<u>A- # EXTRANJERO</u>	<u># 2 DE VERIFICACION</u>	<u>FECHA</u>

COMENTARIO(S):

www.hagc.net

# Housing Authority of Grant County

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308  
Phone: (509) 762-5541 • Fax: (509) 762-2202  
Toll Free: (800) 747-9202 • TTY: (800) 833-6388

## FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO DE VERIFICACION

La seccion 214 del Acta de Vivienda y Desarrollo de la comunidad del año 1980, como fue enmendado, requiere que la Autoridad de la Vivienda, USDA y HUD aseguren que la asistencia financiera solamente sea disponible a ciudadanos de los Estados Unidos o no-ciudadanos que hayan sido admitidos legalmente a los Estados Unidos y quien tenga lo que se considera un "Estado de Inmigracion Elegible". La ley requiere que todos los aplicantes e inquilinos de vivienda asistida afirmen tener un "Estado de Inmigracion Elegible", que firmen un formulario de consentimiento (dándole a la Autoridad de la Vivienda, USDA y a HUD autorizacion para verificar la informacion entregada con el Departamento de Inmigracion y Naturalizacion de los Estados Unidos).

Proposito: En firmando este formulario del consentimiento, usted da autorizacion a la Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant, USDA y HUD para verificar el estado de inmigracion a los Estados Unidos. Esta informacion es necesaria para determinar la elegibilidad para los beneficios de vivienda asistida por cual ha aplicado.

El Uso de la Informacion Entregada: La evidencia que se entregue para documentar su elegibilidad para vivienda asistida podra ser publicada por la Autoridad de la Vivienda sin responsabilidad de uso adicional o del cambio de manos por la entidad que lo recibe, a (1) USDA y HUD como USDA y HUD requiere, y (2) El INS por razones de la verificacion del Estado de Inmigrante del individuo. La informacion entregada sera publicada a el INS por la razon de establecer elegibilidad de asistencia financiera y no por otra razon; sin embargo, ni la Autoridad de la Vivienda, ni USDA ni HUD seran responsables de el uso adicional o cambio de manos de la(s) prueba(s) o otra informacion por el INS.

Quien Tiene que Firmar el Formulario: Cada no-ciudadano que declare "Estado de Inmigracion Elegible" tendra que firmar un formulario del consentimiento de verificacion. Adultos, de la Edad de 18 años o mas tendran que firmar el formulario ellos mismos. En el caso de niños menores de la edad de 18 años, el adulto responsable por el(los) niño(s) menor(es) de la edad de 18 años tendra que firmar el formulario.

Fracaso del no Firmar el Formulario: El descuido de no firmar la forma del consentimiento puede resultar en la negacion de elegibilidad o terminacion de los beneficios de vivienda asistida, o los dos. Negacion de elegibilidad o terminacion de beneficios esta sujeta a los procedimientos de queja de la Autoridad de la Vivienda.

Consentimiento: Yo doy consentimiento a dejar que la Autoridad de la Vivienda, USDA o HUD pidan y reciban verificacion del INS de la informacion que yo he entregado con respeto a mi estado de inmigracion. Yo entiendo que esta informacion es necesaria para determinar mi elegibilidad para vivienda asistida y certifico que la informacion que he entregado es cierta y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Jefe de la Casa	Firma y Fecha	Esposo-Esposa	Firma y Fecha
Otro Miembro de la Familia (Mayor de 18 años)	Firma y Fecha	Otro Miembro de la Familia (Mayor de 18 años)	Firma y Fecha
Otro Miembro de la Familia (Mayor de 18 años)	Firma y Fecha	Otro Miembro de la Familia (Mayor de 18 años)	Firma y Fecha

Consentimiento para niños menores: Yo certifico que soy el miembro adulto de la familia que es responsable por los niños menores de edad de la lista de abajo y doy consentimiento a dar permiso que la Autoridad de la Vivienda, USDA o HUD pidan y reciban verificacion del INS de la informacion entregada con respeto a el estado de inmigracion de ellos. Yo entiendo que esta informacion es necesaria para verificar mi elegibilidad para vivienda asistida y certifico que la informacion que yo he entregado es cierta y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Enliste los niños menores de edad:

Padre O Guardian Firma y Fecha



EQUAL HOUSING OPPORTUNITY  
The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assistance to persons with disabilities.

The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. It may only accept fair housing programs and related services. WORDDOC\FORMS\SPANISH Appd-11.spa 10/0



AUTORIZACION DE PERMISO DE INFORMACION

Yo doy autorizacion a el Departamento de Empleo del Estado de Washington, que den informacion anotada en mis archivos con el Departamento de la Seguridad de empleo a la:

USDA, Servicio Civil de Vivienda  
 (Direccion Presente)  
 301 Yakima street, Room 319  
 P O BOX 2427  
 Wenatchee, WA 98807-2427

Y

La Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant  
 1139 Larson Boulevard  
 Moses Lake, Wa 98837

Yo entiendo que esta autorizacion estara en efecto durante el periodo de asistencia de la USDA, Servicio de Vivienda Civil y/o el Departamento de HUD de los Estados Unidos.

Firma del Jefe de la Casa	Firma De Otro Adulto
Nombre (Escrito A Mano Y Con Letra Separada)	Nombre (Escrito A Mano Y Con Letra Separada)
Numero De Seguro Social Del Jefe De La Casa	Numero De Seguro Social De Otro Adulto
Fecha	Fecha
Firma De La Esposa/O	Firma De Otro Adulto
Nombre (Escrito A Mano Y Con Letra Separada)	Nombre (Escrito A Mano Y Con Letra Separada)
Numero De Seguro Social De La Esposa/O	Numero De Seguro Social De Otro Adulto
Fecha	Fecha
Firma De Otro Adulto	Firma De Otro Adulto
Nombre (Escrito A Mano Y Con Letra Separada)	Nombre (Escrito A Mano Y Con Letra Separada)
Numero De Seguro Social De Otro Adulto	Numero De Seguro Social De Otro Adulto
Fecha	Fecha



www.hagc.net

# Housing Authority of Grant County

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308

Phone: (509) 762-5541 • Fax: (509) 762-2202

Toll Free: (800) 747-9202 • TTY: (800) 833-6388

## AVISO DE ACOMODACION RAZONABLE DISPONIBLE

*(Informacion confidencial. Esta informacion no sera dada a conocer, a menos que sea permitido por la ley.)*

Si usted esta desabilitado y necesita:

- Un cambio en nuestras polizas o procedimientos
- Una reparacion o un cambio en su apartamento
- Una reparacion o un cambio a alguna otra parte de la propiedad.
- Un cambio en la manera en que nos comunicamos con usted o en la que le damos informacion, por ejemplo, ayuda apropiada, telefono de texto (TTY), interpretes de lenguaje de señas para personas con impedimentos de escuchar, o de modificar la letra para los que tienen problemas con la vista.

### USTED PUEDE PREGUNTAR POR ESTE CAMBIO, EL CUAL SE LLAMA "ACOMODACIONES RAZONABLES"

Si usted puede demostrar que usted tiene una incapacidad y su peticion es razonable, usted puede preguntar por este cambio. Si ha usted le gustaria que el dueño de la casa que usted renta haga estas modificaciones o ha alguna parte de la propiedad para acomodar su incapacidad, dejemos saber. Nosotros podemos intentar de negociar razonablemente con el dueño para hacer dichas modificaciones.

Si su propuesta es razonable y, si no es muy difícil de arreglar, nosotros trataremos de hacer los arreglos que usted necesita.

Nosotros haremos una decision lo mas pronto posible, por lo menos dentro de 10 dias, al menos que usted este de acuerdo a una extension de tiempo. Nosotros le haremos saber si necesitamos mas informacion o verificacion de usted o si necesitamos hacer algun arreglo para discutir la manera de alcanzar sus necesidades.

Si nosotros rechazamos su peticion, nosotros le explicaremos nuestra decision, y usted nos podra dar informacion adicional.

Si usted necesita ayuda en llenar LA FORMA DE PETICION DE UNA ACOMODACION RAZONABLE, o si usted nos quiere dar su peticion en alguna otra manera, probablemente le podamos ayudar. Nuestro numero de telefono es (509) 762-5541 o 1-800-747-9202.

Yo certifico que esta noticia me ha sido explicada por un representante de La Autoridad de la Vivienda.

Fecha y firma del aplicante

Fecha y firma del Representante de la Autoridad de la Vivienda



PLICACION DE VIVIENDA DE BAÑOS INGRESOS  
The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, sex, religion, or national origin.

Página 10 /  
Housing Authority of Grant County  
The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize the housing programs and related services.



COMPLETAR ESTA FORMA "UNICAMENTE" SI USTED ESTA PIDIENDO UNA ACOMODACION

## PETICION PARA UNA ACOMODACION RAZONABLE

*(Informacion confidencial. Esta informacion no sera dada a conocer, a menos que sea permitido por la ley.)*

Nombre:	Telefono:
Direccion:	

- 1 El siguiente miembro de mi casa tiene una incapacidad: \_\_\_\_\_
- 2 Favor de proveer el siguiente cambio o cambios para que la persona mencionada arriba pueda vivir tan facil o felizmente como los otros inquilinos. **Marcar (E) los tipos de cambio(s) que necesita.**
- Un cambio en las siguientes reglas o en la manera que hacen las cosas. (Yo entiendo que puedo preguntar por cambios en como yo reunire los terminos del contrato, pero todos deben continuar reuniendo los terminos del contrato.) Por favor de decirnos que necesita. **Use otra hoja, si es necesario.**
- Otro: \_\_\_\_\_
- 3 Yo necesito una acomodacion razonable porque: **Use otra hoja, si es necesario:**

Nombre:	
Direccion:	
Telefono:	

*Yo doy mi permiso para llamar a el individuo arriba mencionado con el proposito de verificar de que yo necesito o un miembro familiar necesita las acomodaciones razonables pedidas.*

Firma:	Fecha:
--------	--------

Para ser completado por la persona que verifico:



Esta acomodacion:

- Es necesaria  
 No es necesaria

Alcanzara el proposito deseado esta acomodacion?  Si  No

Alguna otra informacion de ayuda para hacer la correcta acomodacion:

---

---

---

Firma de la persona que verifico: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Titulo: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO

CUESTIONARIO  
RAZA, NACIONALIDAD, E INCAPACIDAD

La informacion acerca de raza, origen nacional, y nombramiento de sexo solicitado en esta aplicacion es requerido en orden para asegurar el Gobierno Federal, actuando a traves del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), que las leyes federales prohíben discriminacion contra los inquilinos aplicantes en las bases de raza, color, origen nacional, religion , sexo, desabilidad física o mental, estado familiar o de acuerdo a la edad. No se le exige a usted proveer esta informacion, pero se le anima a hacerlo. Esta informacion no sera usada en evaluar su aplicacion o para discriminar en contra de usted en cualquier manera. Sin embargo, si usted decide no proveerla, el propietario tiene la obligacion de anotar la raza/origen nacional y sexo de cada individuo aplicante en las bases de observacion visual o apellido.

La categoria racial o nacionalidad para estadísticas federales y administrativas, reportadas que se describen como lo siguiente:

NACIONALIDAD:

- Hispano  
Una persona Mexicana, Puertorriqueña, Cubana, Centroamericana o Sudamericana u otra cultura de origen Español, sin importar la raza.

RAZA:

- Indio Americano o Nativo de Alaska  
Una persona que tiene origenes con cualquier persona original de America del Norte, y que mantiene identificacion cultural dentro de la afiliacion tribal o sociedad de reconocimiento.

- Asiatico o Isleño Pacifico  
Una persona que tiene origenes con cualquier persona originaria del legano Oriente, Sudeste de Asia, Subcontinente Indio o Isla Pacifica. Estas areas incluyen, por ejemplo China, India, Japon Korea, Las Islas Filipinas y Samoa.

- Negro  
Una persona que tiene origenes con cualquier grupo racial negro del Africa.

- Blanco  
Una persona que tiene origenes con cualquier origen de Europa, Africa del Norte, o del Oriente Medio.

Por favor de clasificarse usted mismo en terminos de la raza y grupo de categorias de abajo.

**Si usted no desea completar ninguna informacion requerida a continuacion, usted puede parar aqui despues de firmar su nombre en la siguiente linea.**

Firma y fecha	Nombre
_____	_____
_____	Blanco _____ Negro _____ Indio Americano o Nativo de Alaska _____
_____	Asiatico o Isleño Pacifico _____ Hispano _____ Otro _____

Desea usted tener preferencia por una unidad designada especial para individuos con incapacidades?

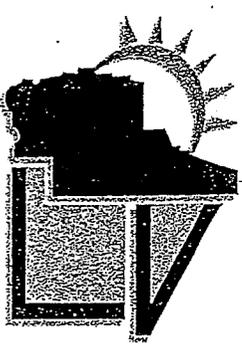
- \_\_\_\_\_ Si
- \_\_\_\_\_ No

Usted desea reportar una deduccion de \$400.00 de sus ingresos anuales basados en una condicion de incapacidad o desabilitamiento?

- \_\_\_\_\_ Si
- \_\_\_\_\_ No

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



www.hagc.net

# Housing Authority of Grant County

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308

Phone: (509) 762-5541 • Fax: (509) 762-2202

Toll Free: (800) 747-9202 • TTY: (800) 833-6388

## LISTA DE ESPERA Y POLIZA DE CANCELACION

1. Se le llamara para una entrevista cuando su aplicacion este arriba en la lista de espera y cuando tengamos una unidad apropiada o un voucher disponible. Los aplicantes que faltan a la cita sin haber llamado con anticipacion para hacer una nueva cita, su aplicacion sera cancelada inmediatamente.
  2. Un aplicante que llame con 5 dias de anticipacion y que pueda comprobar que ocurrio una situacion de emergencia (hospitalizacion, muerte en la familia, etc) su aplicacion puede ser reinstalada al dia de su fecha original.
  3. Si su aplicacion es cancelada debido a que no asistio a la cita, y el aplicante llama a la Autoridad de la Vivienda dentro de 30 dias de la cancelacion, la misma aplicacion podra ponerse en la lista de espera con fecha del dia que llamo.
  4. La Autoridad de la Vivienda periodicamente le mandara una "Petition de poner al dia la lista de espera". Y si usted no responde a esta petition dentro de 30 dias, su aplicacion sera cancelada.
  5. Si su aplicacion es cancelada por CUALQUIER RAZON, y usted llama a la Autoridad de la Vivienda 30 dias despues de la cancelacion, no sera permitida la reinstalacion de su aplicacion; usted debe completar una nueva aplicacion.
  6. CAMBIOS EN SU SITUACION PUEDEN AFECTAR SU POSICION DE LUGAR EN LA LISTA DE ESPERA Y LA HABILIDAD DE LA AUTORIDAD DE LA VIVIENDA PARA LOCALIZARLO!!
    - A. Si su direccion o su numero de telefono cambio, esto debe ser reportado a La Autoridad de la Vivienda para evitar tardanzas en localizarlo a usted. Si usted descuida de proveer esta informacion puede causar que su aplicacion sea cancelada.
    - B. Para asegurar un lugar justo en la lista de espera, usted debe de avisar a la Autoridad de la Vivienda inmediatamente lo siguiente:
      - 1) cualquier cambio en el tamaño de su familia
      - 2) cualquier cambio en sus ingresos
- Yo certifico que la poliza escrita arriba me ha sido explicada por un representante de La Autoridad de la Vivienda y entendi los terminos de cancelacion de mi aplicacion.

Fecha y Firma del Aplicante

Fecha y Firma del Representante de HAGC

La Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant, Washington, no discrimina en las bases de raza, color, origen nacional, religion, sexo, discapacidad mental o fisica, o estado familiar.

APLICACION DE VIVIENDA DE BAJOS INGRESOS

Página 13

H:\WORDDOC\FORMS\SPANISH\Appl-11.spa.doc REV. 10/00

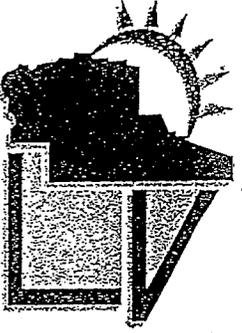


EQUAL HOUSING  
OPPORTUNITY

The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize the housing programs and related services.







# Housing Authority of Grant County

www.hagc.net

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308  
Phone: (509) 762-5541 • Fax: (509) 762-2202  
Toll Free: (800) 747-9202 • TTY: (800) 833-6388

## Requirimiento de la Certificación del Solicitante del Servicio a la Comunidad

La Vivienda de Calidad y Trabajo de Responsabilidades del Acto 1998 exige a todos los adultos residentes (18 o mayor) los no exmptos a contribuir con ocho (8) horas por mes de servicio a la comunidad (trabajo voluntario) con participar en ocho (8) horas de entrenamiento, consejería, clases o otras actividades que ayuden al individuo a su favor para depender de si mismo independientemente economicamente. Este es una exigencia en el contrato de las Viviendas Publicas.

Servicios a la Comunidad incluyen, pero no se limitan a:

- Trabajar en una institución local pero no se limita a escuelas, centro de cuidado de niños, hospitales, hospicios, centro de recreación, centro de ancianos, centro de cuidado de ancianos durante el día, casas de refugio, programa para alimentar al indigente, ayudando en el banco de comida, etc;
- Trabajar con una organización que no obtiene ganancias que sirve a los residentes de PHA o a sus hijos tales como: Niños Exploradores, Niñas Exploradoras, Club de Niños y Niñas, Programa 4-H, PAL, Centros de Gardines, Programas de limpieza a la Comunidad, Programas de Adornar, and cualquier otra organización de jóvenes o ancianos.
- Ayudando los grupos de vecinos con proyectos especiales.
- Trabajando a través de las organizaciones con vecinos, sirviendo en la Junta Consultiva de Residentes; y
- Cuidando los niños de otros residentes para que ellos puedan ser voluntarios.

### DEJAR FUERA LAS ACTIVIDADES POLITICAS SON EXCLUIDAS

Actividades para depender de uno mismo, pero no se limitan a:

- Programas de trabajo de lectura
- Programas de trabajo de entrenamiento
- Clases para obtener su Diploma
- Consejería para el abuso de substancias o salud mental
- Clases de adelanto para saber leer y escribir el ingles.
- Aprendizaje;
- Consejería para credito y para tener un presupuesto
- Cualquier clase que ayude a independizarse economicamente; y
- Estudiante de tiempo completo en cualquier escuela, colegio o escuela profesional.

Usted puede ser exmpto. Adultos con excepcion son

- Adultos de 62 años o mayores;
- Tiene una incapacidad que impide que el o ella esten empleados;
- Es usted una persona que cuida a una persona incapacitada
- Esta trabajando por lo menos 20 horas por semana o mas; o
- Es participante en un programa de trabajo social (welfare).

### Declaración del Solicitante

Yo/Nosotros verificamos que hemos leído y entendido el Requirimiento del Servicio a la Comunidad arriba explicado para la tenencia con La Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant. Yo/Nosotros entendemos que en el futuro el no cumplir con estos requisitos es la base para que nos den una terminación del contrato.

Firma del Jefe de la casa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Esposo(a)/Otro adulto mayor de 18 años \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize the housing programs and related services.



Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda de HUD

**COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL**

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

**Instrucciones:** Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento. No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pagó atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de localario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acorda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

<input type="checkbox"/> Se eliminó el cuadro de la firma	
---	--

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) según la Ley de Reducción del Presupuesto de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participen en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que solicitan la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el localario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al localario y en resolver cualquier problema de alquiler que surgiera durante el alquiler por parte de dicho localario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Presupuesto, una agencia no podrá condicionar, patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información que no sea un número de control de OMB válido en la actualidad. Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolsos de acciones fraudulentas.

Form. HUD- 92006 (05/09) -Spanish



The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize the housing programs and related services.





# Housing Authority of Grant County

www.hagc.net

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308  
Phone: (509) 762-5541 • Fax: (509) 762-2202  
Toll Free: (800) 747-9202 • TTY: (800) 833-6388

Privacy Act Notice. Authority: The Department of Housing and Urban Development (HUD) is authorized to collect this information by the U.S. Housing Act of 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. 2000d), and by the Fair Housing Act (42 U.S.C. 3601-19). The Housing and Community Development Act of 1987 (42 U.S.C. 3543) requires applicants and participants to submit the Social Security Number of each household member who is six years old or older. Purpose: Your income and other information are being collected by HUD to determine your eligibility, the appropriate bedroom size, and the amount your family will pay towards rent and utilities. Other Uses: HUD uses your family income and other information to assist in managing and monitoring HUD-assisted housing programs, to protect the Government's financial interest, and to verify the accuracy of the information you provide. This information may be released to appropriate Federal, State, and local agencies, when relevant, and to civil, criminal, or regulatory investigators and prosecutors. However, the information will not be otherwise disclosed or released outside of HUD, except as permitted or required by law. Penalty: You must provide all of the information requested by the HA, including all Social Security Numbers you, and all other household members age six years and older, have and use. Giving the Social Security Numbers of all household members six years of age and older is mandatory, and not providing the Social Security Numbers will affect your eligibility. Failure to provide any of the requested information may result in a delay or rejection of your eligibility approval.

The Housing Authority of Grant County agrees to comply with the Privacy Act of 1974 (the Act) and the agency rules and regulations issued under the Act.....

The above Privacy Act Notice is HUD required. Please make note that the requirement for Social Security Number disclosure has changed January 2010, but we are unable to change the Privacy Act Notice until HUD gives us authorization to do so.



The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize the housing programs and related services.



# VIOLENCE AGAINST WOMEN ACT

## What Applicants, Tenants, Owners and Landlords Need to Know

Applicable to Public Housing and  
Section 8 Housing Choice Voucher  
Programs

Effective January 5, 2006

This brochure meets notification requirements of the  
federal Violence Against Women Act.

### CONFIDENTIALITY

Any information provided pursuant to the Violence Against Women Act (VAWA) shall neither be entered into any shared database nor provided to any related entity, except to the extent that disclosure is requested or consented to by the individual in writing; required for use in an eviction proceeding of an abuser, stalker or perpetrator of domestic violence; or is otherwise required by applicable law.

### STATE AND LOCAL LAWS

Some states have passed laws effecting applicants, tenants, owners and landlords that are more stringent than requirements of the Violence Against Women Act (VAWA). Many states have related laws pending. You may want to check with your state and/or city for the most current state and local laws protecting victims of domestic violence; dating violence or stalking.

I/WE CERTIFY THAT WE HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE VAWA BROCHURE  
(VIOLENCE AGAINST WOMEN ACT).

SIGNATURE OF HEAD OF HOUSEHOLD

DATE

SIGNATURE OF SPOUSE

DATE

SIGNATURE OTHER ADULT OVER 18

DATE

actions and continue to allow the victim or other household members to remain in the dwelling unit or receive housing assistance. This does not limit the authority of the PHA, owner or landlord to terminate your assistance for other criminal activity or good cause.

A Section 8 Housing Choice Voucher Participant who is a victim of domestic violence, dating violence or stalking may request and be granted portability due to the incident or threat if they are otherwise compliant with all program obligations and the perpetrator has moved out of the dwelling unit.

In processing a request by a victim for continued assistance or for portability, the PHA may request that you certify that you are a victim of domestic violence, dating violence or stalking, and that the actual or threatened abuse meets the requirements set forth in the VAWA. Such certification must include the name of the perpetrator. If you do not provide the requested certification within 14 business days, your assistance may be terminated.

The PHA, an owner or landlord may deny, remove, or terminate assistance to an individual perpetrator of such

Reporting incidents of domestic violence, dating violence or stalking to law enforcement, victim's rights advocates, and the PHA may help preserve your housing rights. The PHA may not deny, remove or terminate assistance to a victim of domestic violence, dating violence or stalking based solely on such an incident or threat.

VAWA PROTECTION FOR PUBLIC HOUSING TENANTS AND HOUSING CHOICE VOUCHER PROGRAM PARTICIPANTS

Some, but not all, PHAs give preference to applicants who are victims of domestic violence. If you are a victim of domestic violence, dating violence or stalking, ask if the PHA gives this preference. If they do, the PHA may request that you provide a certification documenting the situation. If you fail to provide a requested certification within 14 business days after receiving the request, your request for a preference may be denied.

VAWA PROTECTION FOR PUBLIC HOUSING AND SECTION 8 HOUSING CHOICE VOUCHER ASSISTANCE APPLICANTS

A Public Housing Agency (PHA), owner or landlord may not deny admission to an applicant (male or female) who has been a victim of domestic violence, dating violence or stalking if the applicant otherwise qualifies for assistance or admission.

To qualify for public housing or housing choice voucher assistance, all applicants, including victims of domestic violence, dating violence or stalking, must, at a minimum:

- meet the local PHA's definition of "family";
- be income eligible;
- have at least one family member who is a U.S. citizen or has eligible immigration status;
- pass criminal background screening;
- have no outstanding debt to the PHA; and
- meet all other local PHA screening criteria.