



# Casa de la Esperanza - Longmont



**APLICACION  
PRELIMINARIO  
Rural Development**

**Completa y Regresa a:  
Boulder County Housing Authority  
P.O. Box 471 Boulder, CO 80306**

**Teléfono: 303-678-6221  
TDD: 800-659-2656  
Fax: 720-564-2283**

## INFORMACION DEL CABEZA DE CASA:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segunda Inicial: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenina  Masculino Seguro Social#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

¿Usted se requiere una modificación especial? (unidad accesible, primer piso, sin escaleras)

Si  No Si si, describa aquí: \_\_\_\_\_

Raza:  Negro/Africano Americano  Americano Indígena  Oriental  Caucáseo  Nativo  
Hawaiano U Otro Isla de Pacifico

Etnicidad:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

La información sobre raza, etnicidad y designación de sexo solicitada en esta aplicación se solicita para garantizar que el actuar del Gobierno Federal a través del servicio de vivienda Rural que las leyes federales que prohíben la discriminación contra aplicaciones de clientes sobre la base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado familiar, edad y discapacidad se cumplan. No están obligados a proporcionar esta información, pero se anima a hacerlo. Esta información no se utilizará en la evaluación de su aplicación o para discriminar en todos modos. Sin embargo, si elige no equiparlo, el propietario es necesario tener en cuenta raza, etnicidad y sexo de los solicitantes individuales sobre la base de observación visual o apellido.

## INFORMACION SOBRE SU FAMILIA

(Favor de enumerar los personas que vivirán con usted incluyendo usted.):

	Nombre (Apellido y Nombre)	Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación a usted
1					Cabeza de Casa
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**INFORMACION SOBRE SUS INGRESOS DE SU FAMILIA**  
**(Tiene que ganar al menos \$4778 al año en un trabajo agricultura)**

Nombre	Tipo de Ingreso*	Ingreso Bruto Mensual	¿Trabajo Agricultura?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

\*Ingresos puede ser, pero no es limitado a: empleo, beneficios del desempleo, Ayuda Temporaria para Familias Necesitadas (TANF), Seguro Social, Seguro Social por incapacidad (SSDI), Pensión por Personas del Tercer Edad (OAP), contribuciones de su familia y/o sus amigos.

**DIRRECCION DE CORREO:**

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono #1: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Teléfono #2: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Usted se ha declarado culpable alguna vez como un ofensor sexual en cualquier estado, y usted se compele para registrar como un ofensor del sexo?**  Si  No

**Por lo presente, doy permiso a BCHA (La Autoridad de Viviendas del Condado de Boulder), para verificar e investigar los datos para la elegibilidad de los programas. Incluyendo una verificación de las fichas de la policía.**

**Entiendo que es mi responsabilidad informar La Autoridad de Viviendas en escrito sobre cualquier cambio de mi estado, incluyendo: cambio de dirección, número de personas en mi familia. Si mi correo esta regresado por la oficina de correo, yo entiendo que mi nombre será eliminado de la lista de espera.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la cabeza de casa**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

“Fair Housing Act” (la ley para igualdad con respecto a las viviendas), prohíbe cualquier discriminación con respecto a color de piel, religión, sexo, incapacidad, posición social u origen nacional. También prohíbe discriminación con respecto a la edad.

La política de BCHA es hacer que los programas, juntas, actividades y servicios sean accesibles para gente discapacitada. Para poder ofrecer servicios especiales como intérpretes o material en alguno formato especial, como impresiones más grandes, Braille, o disco de computadora, el condado requiere que le informen de las necesidades especiales de cada individuo. Si usted requiere atención especial, por favor comuníquese con la coordinadora del ADA o a la oficina de Recursos Humanos al 303-441-3525 cuando menos 48 horas antes del evento.