

Housing Authority of the County of Monterey (HACM) is proud to announce the opening for families with a Non-Elderly Person(s) if you or family member are disabled and homeless or transitioning out of an institution or segregated settings. A maximum of 22 families or individuals that qualify for this preference will be placed on our Housing Choice waiting list.

Applications will be available April 2, 2019 through April 15, 2019.

The Mainstream preference applies to applicants who:

- Are Non-Elderly 18-61 years of old;
- Have a disability of Head of Household or family member;
- Are Homeless or transitioning out of an institution or segregated setting.

The completed application, questionnaire and proof of Certification of Disability form must be submitted and it will be entered into our system and a receipt will be mailed to the applicant within 60 days. If your application is denied, you will receive a letter letting you know why and informing you of an opportunity to request an informal review on the decision.

Eligible applicants will pay approximately 30% of their income for rent. To be eligible for this local preference, your household income must be no more than \$29,250 for 1-person, \$33,400 for a 2-person household, \$37,600 for a 3-person household, \$41,750 for a 4-person household.

Beginning April 2, 2019, you may download the application from our website at www.hamonterey.org or pick up an application at the Housing Authority located 123 Rico Street, Salinas, CA 93907. Office hours are 7:30 a.m. to 5:30 p.m., Monday thru Thursday and 8:00 a.m. to 5:00 on Friday when open.

Applications should be mailed or delivered to the address below:

Housing Authority of the County of Monterey
Attn: Intake-Mainstream Voucher Program
123 Rico Street
Salinas, CA 93907

Remember, **these are only applications to be added to the Housing Choice Voucher (formally Section 8) for one of the 22 Mainstream Housing Choice Vouchers for Non-Elderly Homeless & Disabled person(s) or families who are homeless or transitioning out of an institution.**

Applications submitted without this information will not be accepted.



La Autoridad de Viviendas del Condado de Monterey orgullosamente anuncia la apertura del programa Mainstream Vouchers para familias de 18 a 61 años, si usted o un miembro de la familia esta incapacitada, sin hogar o está en transición o ajuste segregado. Un máximo de **22** familias o individuos que califiquen para esta preferencia serán puestos en la lista de espera del Vale de Elección de Vivienda.

Aplicaciones estarán disponibles el 2 de abril, 2019 al 15 de abril, 2019.

La preferencia para Mainstream aplica a esos que:

- Son para familias de 18-61 años;
- La cabecilla de familia o miembro de la familia tiene una incapacidad;
- Están sin hogar o en transición de una institucionalización

La aplicación tiene que estar completa, incluyendo el cuestionario y Certificación de Incapacidad tendrán que ser sometidos, la información será añadida a nuestro sistema. Al aplicante se le mandará un recibo dentro de 60 días. Si su aplicación es rechazada, usted recibirá una carta dentro dejándole saber la razón e informándole de su oportunidad de pedir una revisión informal.

Aplicantes eligibles pagarán aproximadamente 30% de sus ingresos a su renta. Para ser eligible para esta preferencia local, su ingreso familiar no puede ser más de **\$29,250** para **1** persona, **\$33,400** para **2** personas, **\$37,600** para **3** personas, **\$41,750** para **4** personas.

Empezando **el 2 de abril, 2019**, usted puede imprimir la aplicación de nuestra página de internet www.hamonterey.org o recoger una aplicación en la oficina de la Autoridad de Viviendas de Monterey localizada en el 123 Rico Street, Salinas, CA 93907. Horarios de la oficina son 7:30 a.m. a las 5:30p.m., lunes a jueves y 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. los viernes cuando la oficina está abierta.

La aplicación debe ser mandada o entregada a la siguiente dirección:

Autoridad de Viviendas del Condado de Monterey
Attn: Programa de Vales Corriente Principal
123 Rico Street
Salinas, CA 93907

Recuerde, estas aplicaciones son solamente para añadirse al Vale de Elección de Viviendas (antes llamado Sección 8), para uno de los **22** vales para personas sin hogar No-Mayores con una incapacitada o familias que están sin hogar o en transición de una institución.

Aplicaciones sometidas sin esta información no serán aceptadas



Please deliver or mail to:

Housing Authority of the County of Monterey (Office)
123 Rico Street, Salinas, CA 93907
(831) 775-5000 TDD (831) 754-2951
Fax (831) 424-9153



TO BE COMPLETED BY MANAGER
Application #: _____

Pre-application for:
Mainstream Voucher Program 2018

Please print clearly and legibly.

Name of household: _____
First Name Middle Name Last Name

Mailing Address _____ City State Zip Code

Permanent Address if different from above _____

How long at present address? _____ Monthly Rent \$ _____ Estimated Utilities \$ _____

Day Phone # () _____ Cell Phone # () _____ Message Phone # () _____

BEGINNING WITH YOURSELF, list all persons who will live in your household. All information must be given for each person. List all money earned or received by **ALL** members living in your household including yourself. This includes money from wages, pensions, Social Security, SSI, Child Support, TANF/Cal-Works, contributions, employment, unemployment, etc.)

Last Name	First Name	Sex M/F	Date of Birth	Relationship To Head of Household	Social Security Number	Monthly Income	Source of Income
1.				Head			
2.							
3.							
4.							

Demographic Information (Optional)

The Federal Government requires that we provide you with the opportunity to self-identify your national origin and gender. As required by Government regulations, these are not used as part of our qualification process and are optional for you to complete

For Accommodation Purposes-Do you claim the following:

Mobility Impairment Hearing Impairment Sight Impairment

Do you or a member of the household claim status as a person with a disability?

Yes No If yes, who? _____

Do you or any member of your household need special features in a rental unit (for example wheelchair access)? Yes No

If yes, what features do you need? _____

Race/Ethnicity

White Black/African American Black/African American and White Asian Asian and White
 American Indian or Alaska Native American Indian/Alaska Native and Black/African American
 American Indian or Alaska Native and White Native Hawaiian or Other: Pacific Islander Other: _____

Hispanic/Latino Ethnicity

Yes No Yes, Mexican/Chicano Yes, Cuban Yes, Puerto Rican
 Yes, Other: Hispanic/Latino: _____

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS

- Are you living on the streets, camping or in a car or another place not meant for Human habitation? Yes No
- Are you living in an Emergency Shelter? Yes No Where? _____
- Supportive Housing Program (Name of Program): _____
- Are you living in Transitional Housing? Yes No Where? _____
- Are you living in a hotel or motel paid for by charitable organization or by federal, state of government program? Yes No
- Are you exiting from institution, including hospital, substance abuse or mental health treatment or jail/prison, where you stayed for 90 days or less? If yes, were in an Emergency Shelter or place not meant for Human habitation immediately prior?



Continue next page



Use this space to list additional family members that will live in your household.

Last Name	First Name	Sex M/F	Date of Birth	Relationship To Head of Household	Social Security Number	Monthly Income	Source of Income
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							

WARNING: Title 18 U.S.C. 1001 provides in part that whoever knowingly and willfully makes or uses document containing any false, fictitious or fraudulent statement or entry in any matter in jurisdiction or any department or agency of the United States shall be fined not more than \$10,000 or imprisoned for not more than five (5) years, or both.

PLEASE NOTE: You are required to notify the Eligibility Department (*in writing*) of any change of address. If we cannot contact you at the listed address, your name will be removed from the waiting list.

I certify that the information given is accurate and complete and understand any misrepresentation will disqualify the application. I authorize the owner to obtain a credit report(s) verify or check any of the information given including credit references, employment, and income and contact any previous landlords. By signing this form, I certify the information to be true and correct.
Applications cannot be processed without signature.

Signature of the Head of household

Date

Co-Applicant's Signature

Date

2018 INCOME LIMITS FOR MONTEREY COUNTY HOUSING AUTHORITY

Number of Persons in Family — Very Low Income (50% Median Income) as of 04/14/2017

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
29,250	33,400	37,600	41,750	45,100	48,450	51,800	55,150	58,450	61,800	65,100

Envíe o entregue a:

Housing Authority of the County of Monterey
123 Rico Street, Salinas, CA 93907
(831) 775-5000 TDD (831) 754-2951
Fax (831) 424-9153



**PARA EL USO DE LA OFICINA
SOLAMENTE**

Núm. de aplicación _____

**Pre-aplicación para el
Programa Mainstream Voucher2018**

Por favor escriba claramente y legible.

Apellido _____ Nombre _____
Dirección de correo _____ Apto # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección presente: _____
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta dirección? _____ Renta Mensual \$ _____ Estimar costo de utilidades _____
de teléfono # () _____ # de celular () _____ # de mensaje () _____

COMENZANDO CON UD.-Liste todas las personas que vivirán en su casa. Toda la información se debe dar para cada persona. Liste todo el dinero ganado o recibido por **TODOS LOS** miembros que vivirán en su casa incluyendo UD. Esto incluye el dinero de salarios, de pensiones, de Seguro Social, de Seguro Suplemente, TANF/Cal-Works, beneficios de jubilación, de contribuciones, del empleo, del desempleo, etc.)

Apellido	Primero Nombre	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Relación al jefe de Casa	Num. de Seguro Social	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos
1.				Cabecilla			
2.							
3.							
4.							

(Use detrás de esta forma para adicional espacio si es necesario.)

Para Propósito de Acomodaciones-UD reclama lo siguiente:

Discapacidades de Movilidad Impedimento a Auditivo Impedimento Visual

Raza/Étnica: Esta información es confidencial y es usado únicamente por el gobierno con el propósito de conforme a las leyes de Oportunidad e Igualdad. Su cooperación voluntaria en el abastecimiento de la información se apreciará y no afectará su lugar en la lista de espera

Blanco Negro/Africano Americano Negro/Africano Americano y Blanco asiático asiático y Blanco
 Indio Americano/Alaska Nativo Indio Americano/Alaska Nativo y Negro/Africano Americano
 Indio Americano/Alaska Nativo y Blanco Hawaiano Nativo/Islas del Pacifico Otro: _____

Etnicidad/Hispano/Latino

Si No Si, Mexicano/Chicano Si, Cubano Si, Puertorriqueño
 Si, Otro Hispano/Latino: _____

- ¿Vive usted en las calles, acampando, en un automóvil u otro lugar que no sea para la habitación humana? Si No
- Estás viviendo en un refugio de emergencia? Si No Donde? _____
- Programa de vivienda de apoyo (Nombre del programa: _____)
- Vive usted en una vivienda de transición? Si No Donde? _____
- Vive en un hotel o motel pagado por una organización caritativa o por un programa federal del estado del gobierno? Si No
- Está saliendo de una institución, incluido el tratamiento hospitalario, por abuso de sustancias o de salud mental o la cárcel / prisión, donde se quedó por menos de 90 días? Si No En caso afirmativo, ¿estuvo en un refugio de emergencia o lugar no destinado a la habitación humana inmediatamente antes? _____



Continuar en la página siguiente



Utilice este espacio para agregar a los miembros adicionales de la familia que vivirán en su casa.

Apellido	Primero Nombre	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Relación al jefe de Casa	Num. de Seguro Social	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos
5.				<i>Cabecilla</i>			
6.							
7.							
8.							
9.							

ADVERTENCIA: Título 18 U.S.C. 1001 proporciona en la parte que quienquiera con conocimiento y voluntarioso las marcas o utiliza el documento que contiene falso, la declaración o la entrada ficticia o fraudulenta en cualquier materia en la jurisdicción o cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos será multada no más que \$10.000 o encarcelada por no más que cinco (5) años, o ambos.

AVISO: Es requerido que UD. notifique a La Autoridad De Viviendas por escrito de cambios de domicilio. Si en caso de que no podamos comunicarnos al domicilio reciente en su archivo, su nombre se le retirara de las listas de espera.

Yo certifico que la informacion es exacta y completa y entiendo que cualquier falsedad descalificara el solicitante. Yo autorizo al dueno en obtener verificacion de credito, empleo y contactar cualquier propietario previo. Firmando esta forma, certifico la informacion es verdadera y correcta. Aplicaciones sin firmas no seran procesadas propietario.

Firma del cabecilla de familia

Fecha

Firma de Otro Adulto

Fecha

2018 LOS LIMITES DE INGRESOS PARA LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE MONTEREY

Número de personas en la familia — Ingresos muy bajos (50% ingresos medio) a partir de 04/01/2018

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
29,250	33,400	37,600	41,750	45,100	48,450	51,800	55,150	58,450	61,800	65,100

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION – REASONABLE ACCOMMODATION

It is the policy and intention of this Housing Authority to comply in all of its policies and procedures affecting all of its programs and activities, including employment and housing with all federal, state and local regulations prohibiting discrimination on the basis of race, color, creed, sex, ancestry, national origin, religion, age, family status, sexual orientation, marital status, or disability.

If you have a documented physical, mental or developmental impairment that substantially limits one or more major life activities; have a record of such impairment; or are regarded as having such impairment, the HACM would like to know what your special needs are so they can be readily addressed. Please notify the HACM of your special needs, if any, at the time of your annual Recertification.

It is the policy of HACM to provide a reasonable accommodation to those persons with disabilities so that they can participate equally in its housing programs. To request a reasonable accommodation, you may contact the Section 504 Coordinator, Socorro Vasquez, in writing at the Central Office located at 123 Rico Street, Salinas CA 93907 or by telephone at (831) 775-5000 or by TDD at (831) 754-2951.

This Agency will not directly or through contractual, licensing or other arrangements permit or engage in discrimination in admission or access to or treatment or employment in, its federally assisted programs and activities

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN - ADAPTACIONES RAZONABLES

Es la política y la intención de esta Autoridad de Vivienda acatar todas sus políticas y procedimientos que afectan a todos sus programas y actividades, incluidos el empleo y la vivienda con todas las leyes federales, estatales y locales que prohíben la discriminación con base a raza, color, credo, sexo, ascendencia, origen nacional, religión, edad, el estado de la familia, orientación sexual, estado civil o discapacidad.

Si usted tiene un impedimento físico, mental o del desarrollo que este documentado que limita sustancialmente una o más actividades importantes de su vida; tiene un registro de tal impedimento, o se considera que tiene tal impedimento, a HACM le gustaría saber cuáles son sus necesidades especiales para que puedan ser fácilmente abordados. Por favor notifique a la HACM sus necesidades especiales, si existe alguna, en el momento de su recertificación anual.

La política de HACM es de ofrecer adaptaciones razonables a las personas con discapacidades para que también puedan participar en sus programas de vivienda. Para solicitar una adaptación razonable, puede ponerse en contacto con la coordinadora de la Sección 504, Socorro Vasquez; ponga su petición por escrito en la Oficina Central ubicada en 123 Rico Street, Salinas, CA 93907 o por teléfono al (831) 775-5000 o por TDD en (831) 754-2951

Esta Agencia no directamente o a través de la concesión de licencias contractuales u otras disposiciones permite o practica la discriminación en la admisión o acceso a, o tratamiento o empleo en, sus programas y actividades que reciben asistencia federal.

La Autoridad de Viviendas del Condado de Monterey orgullosamente anuncia la apertura del programa Mainstream Vouchers para familias de 18 a 61 años, si usted o un miembro de la familia esta incapacitada, sin hogar o está en transición o ajuste segregado. Un máximo de 22 familias o individuos que califiquen para esta preferencia serán puestos en la lista de espera del Vale de Elección de Vivienda.

Queremos darles la oportunidad a todos para este programa. Si usted piensa que es eligible para estos vales, por favor complete y llenar la aplicación. **Las aplicaciones estarán disponibles el 2 de abril, 2019 al 15 de abril 2019.**

Información del Cabecilla de Familia:

1. Primer Nombre _____ 2. Segundo Nombre _____ 3. Apellido _____

4. Sexo: _____ 5. Fecha de Nacimiento: _____

6. Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____

7. Número de Teléfono (____) _____ - _____

8. Dirección: _____

Marque aquí si no tiene hogar

9. Dirección donde recibe su correo: _____

(Si es diferente, o si no se proveyó dirección de residencia: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Elegibilidad para preferencias del programa "Mainstream Vouchers":

El Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos define a personas mayores con una incapacidad: como una persona de 18 años o mayor, pero menos de 62 años, y que: Tiene una incapacidad, como se define en 42 U.S.C. 423;

Se determine que, en conformidad con las regulaciones de HUD, tiene una incapacidad física, mental o emocional que:

Se espera que sea de largo y continuo tiempo o de tiempo indefinido:

Substancialmente impide la habilidad de él o ella de vivir independientemente, y

La habilidad de vivir independientemente mejoraría con vivienda más adecuada; o

Tiene una incapacidad del desarrollo como se define en 42 U.S.C. 6001

10. Hay algún miembro de la familia que resida con usted, de por lo menos 18 años y menor de 62 años, ¿que reclame estatus de incapacidad (como se describe arriba)? Si _____ No _____



La descripción de transición de, o al riesgo de, atención institucional calificada, son individuos que actualmente viviendo en, o al riesgo de ser admitido en una institución calificada al tiempo de la referencia a la Autoridad de Viviendas o ha vivido en una institución calificada no más de 90 días antes de la referencia a la Autoridad de Viviendas. Instituciones que califican incluyen instalaciones de cuidado intermedio, instalaciones residenciales con licencia, e instalaciones especializadas que proveen cuidado para incapacidad intelectual, incapacidad de desarrollo, incapacidad física o enfermedad mental.

11. Si su respuesta es sí, es alguno de los siguientes aplicable a un adulto de 18 a 61 años con incapacidad. (Como se describió en el párrafo arriba)

- En transición de cuidado institucional
- En riesgo serio de institucionalización

Si no hay adultos incapacitados de 18 a 61 años viviendo en su hogar, no es necesario completar este documento. Si tiene alguna pregunta sobre este programa por favor comuníquese con Kimberly Ruelas, Especialista de Elegibilidad al (831) 775-5000 ext. 6685. Los horarios de oficina son de las 7:30 a.m. a 5:30p.m., lunes a jueves y 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. el viernes cuando la oficina está abierta.



Housing Authority County of Monterey (HACM) is proud to announce the opening for families with a Non-Elderly Person(s) if you or family member are disabled and homeless or transitioning out of an institution or segregated settings. A maximum of 22 families or individuals that qualify for this preference will be placed on our Housing Choice waiting list.

We would like to give everyone an opportunity to apply for the Mainstream Vouchers. If you think you may be eligible for these vouchers, please complete and fill out an application. Applications will be available April 2, 2019.through April 15, 2019.

Head of Household Information:

1. First Name _____ 2. MI: _____ 3. Sex _____
4. Last Name _____ 5. DOB _____
6. Social Security Number _____ — _____ — _____ Not Applicable
7. Telephone Number (_____) _____ — _____
8. Current Resident Address _____
 Check here if homeless
City _____ State _____ Zip Code _____
9. Mailing Address _____
(If different, or if no resident address provided)
City _____ State _____ Zip Code _____

Eligibility for Mainstream preference applies to applicants:

The US Department of Housing and Urban Development (HUD) defines Non-elderly person with disabilities: A person 18 years of age or older and less than 62 years of age, and who:

- (i) Has a disability, as defined in 42 U.S.C. 423;
- (ii) Is determined, pursuant to HUD regulations, to have a physical, mental, or emotional impairment that:
 - (A) Is expected to be of long-continued and indefinite duration;
 - (B) Substantially impedes his or her ability to live independently, and
 - (C) Is of such a nature that the ability to live independently could be improved by more suitable housing conditions; or
- (iii) Has a developmental disability as defined in 42 U.S.C. 6001.

- 1.) Is any family member residing with you, at least age 18 and under age 62, who wishes to claim disabled status (as described above)? Yes ___ No ___



The description of transitioning from, or at risk of, qualified institutional care is individuals currently living in, or at serious risk of being admitted to, a qualified institution at the time of referral to the Housing Authority or must have been living in a qualified institution no more than 90 days prior to the referral to the Housing Authority. Qualifying institutions include intermediate care facilities, licensed residential facilities, and specialized institutions that care for the intellectually disabled, developmentally disabled, physically disabled or mentally ill.

2.) If yes, is any of the following applicable to the non-elderly disabled adult (as described above)?

- Transitioning out of institutional care
- At serious risk of institutionalization

If there are no non-elderly disabled adults living in your household, you do not need to complete this form. If you have questions please contact Kimberly Ruelas, Eligibility Specialist at (831) 775-5000 ext. 6685. Our office hours are 7:30 to 5:00 p.m. Monday thru Thursday and 8:00 a.m. to 5:30 p.m. on Friday when open.



Certification of Disability

Date: _____ Appl #: _____

RE: _____

SSN: _____

The above-named person is applying for participation in a federally-assisted housing program operated by the Housing Authority. To determine the applicant's eligibility, we must verify that he/she is disabled as defined by the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD). Please review the definition below and complete the certification. Thank you for your assistance.

Federal Law 42 U.S.C. Section 423(d) (1) (A) defines disability as:

- A. Inability to engage in any substantial gainful activity by reason of any medically determinable physical or mental impairment which can be expected to result in death, or which has lasted or can be expected to last for a continuous period of not less than 12 months; or

In the case of individual who has attained the age of 55 and is blind and unable by reason of such blindness to engage in substantial, gainful activity requiring skills or ability comparable to those of any gainful activity in which he/she has previously engaged with some regularity and over a substantial period of time.

- B. They are determined, pursuant to HUD regulations, to have a physical, mental or emotional impairment that:
- a. is expected to be of a long-continued and indefinite duration;
 - b. substantially impedes his/her ability to live independently; and
 - c. is of such a nature that the ability to live independently could be improved by more suitable housing conditions.

The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act (42 U.S. C. 6001 (8)) defines developmental disability in functional terms as:

- C. A severe chronic disability of a person 5 years of age or older which:
- a. is attributable to a mental or physical impairment or combination of mental and physical impairment;
 - b. is manifested before the person attains age 22;
 - c. is likely to continue indefinitely;
 - d. results in substantial functional limitations in three or more of the following areas of major life activity; (1) self-care, (2) receptive and responsive language, (3) learning, (4) mobility, (5) self-direction, (6) capacity for independent living, (7) economic self-sufficiency;
 - e. reflects in person's need for a combination and sequence of special, interdisciplinary, or generic care, treatment, or other services which are of lifelong or extended duration and are individually planned and coordinated; except that such term, when applied to infants and young children, means individuals from birth to age 5, inclusive, who has substantial developmental delay or specific congenital or acquired conditions with a high probability of resulting in developmental disabilities if services are not provided."

Housing Authority Representative: _____ Date: _____

I hereby authorize the release of any information pertaining to this request, and would appreciate if you complete and return to the following certification to the Housing Authority County of Monterey.

Applicant's Signature: _____ Date: _____

Certification of Disability

_____ [] is [] is not disabled according to the HUD definition. Please check all that apply: [] A [] B [] C
Client Name (Print Name)

Person certifying (print name): _____ Occupation: _____

Signature Professional Title / Phone Number Date

Name of organization or Agency: _____

Return to: Housing Authority of the County of Monterey

123 Rico Street
Salinas, CA 93907

(831) 775-5000/649-1541 FAX (831) 424-9153

WARNING: Title 18, U.S.C. 1001, provides in part that whatever knowingly and willfully makes or uses a document containing any false, fictitious or fraudulent statement or entry in any matter in the jurisdiction of any department or agency of the United States shall be fined not more than \$10,000 or imprisoned for not more than five (5) years, or both.