

**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**

Num. de aplicación \_\_\_\_\_

Pre-aplicación para:  
**Monterey Street Affordable**  
266 First St. Soledad, CA 93960

**Por favor impresión claramente y legible.**

Nombre de familia: \_\_\_\_\_  
**Primer Nombre** **Segundo Nombre** **Ultimo Apellido**

**Dirección de envío** **Ciudad** **Estado** **Codigo Postal**

Dirección Permanente si es diferente del anterior: \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo actualmente a la dirección de arriba? \_\_\_\_\_ 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 la Seguridad Social, de SSI, TANF/Cal-Works, beneficios de jubilación, de contribuciones, del empleo, del desempleo, etc.)

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

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

**Para Propósito de Acomodaciones-UD reclama lo siguiente:**

Discapacidades de Movilidad  Impedimento de Auditivo  Impedimento de Visual

¿Usted o un miembro del hogar reclama una discapacidad?

Si  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar necesita características especiales en una unidad de alquiler (por ejemplo, el acceso en silla de ruedas)?  Si  No

¿Qué características necesita? \_\_\_\_\_

**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 apreciara 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/Islands del Pacifico  Otro: \_\_\_\_\_

Ethnicidad/Hispano/Latino

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

- 1. Alguna vez ha violado anteriormente las obligaciones Del programa de Viviendas Publicas?  Si  No
- 2. Alguna vez ha vivido en asistencia de viviendas o Sección 8 cualquier ciudad? \_\_\_\_\_  Si  No
- 3. Alguna vez ha cometido violaciones de felonía/posesión de drogas o actividades violentas?  Si  No
- 4. Le debe dinero a La Autoridad de Viviendas?  Si  No
- 5. UD. O un miembro de su familia ha sido sometido a registrarse por vida de ofensores sexuales?  Si  No

Continuar en la página siguiente



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

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

**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 que no podamos comunicarnos al domicilio reciente en su archivo, su nombre se le retirara de la lista de espera.

Yo certifico que la informacion esta 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.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Cabecilla

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Otro Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

## 2021 LOS LIMITES DE INGRESOS PARA LA VIVIENDA PÚBLICA DEL CONDADO DE MONTEREY

Número de Personas en la familia — Ingresos muy bajos (50% Ingreso medio) a partir de 04/01/2021

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
35,600	40,700	45,800	50,850	54,950	59,000	63,100	67,150	71,200	75,300	79,350

## NOTICE OF NON-DISCRIMINATION – REASONABLE ACCOMMODATION

It is the policy and intention of this Housing Authority to comply in all its policies and procedures affecting all its programs and activities, including employment and housing with all federal, state, and local regulations prohibiting discrimination based on: race, color, creed, sex, ancestry, national origin, religion, age, family states, 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, Lucila Vera, 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 póliza y la intención de esta Autoridad de Vivienda acatar todas sus pólizas 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 póliza 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, Lucila Vera; 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.