

- | No | Sí | |
|----|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. | ___ ___ | ¿Alguna vez ha sido desalojado de una vivienda pública, vivienda indígena o de un programa de la Sección 8? |
| 4. | ___ ___ | ¿Le debe dinero a alguna agencia de vivienda? En caso afirmativo ¿a cuál agencia? _____ |
| 5. | ___ ___ | ¿Algún miembro de su familia está ausente de la casa? _____
En caso afirmativo, explique: _____ |
| 6. | ___ ___ | ¿Alguna vez un miembro de su familia ha sido arrestado por un delito, actividad delictiva violenta, uso ilegal de sustancias controladas o actividades relacionadas con el abuso de alcohol en los pasados 5 años? En caso afirmativo, explique: _____ |
| 7. | ___ ___ | ¿Usted o algún miembro de su familia tiene algún registro de agresión sexual en cualquier estado? Si la respuesta es afirmativa, explique: _____ |

INFORMACIÓN DE INGRESOS

Para **TODOS** los miembros de la familia: contesten las preguntas e indiquen la cantidad recibida en dólares, así como la frecuencia:

- | No | Sí | |
|----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. | ___ ___ | Su tipo de trabajo es: Tiempo completo Medio tiempo Por temporada Sólo efectivo
1) ¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA? _____
Pago por hora: _____ Horas a la semana: _____ Frecuencia del pago: _____
Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Teléfono/Fax: _____
2) ¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA? _____
Pago por hora: _____ Horas a la semana: _____ Frecuencia del pago: _____
Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Teléfono/Fax: _____ |
| 9. | ___ ___ | Recibe salarios a través de un programa de gobierno, ej., AmeriCorps, MAOF, Senior Aides PASS? En caso afirmativo, explique: _____
Miembro de la familia: _____ |

- | No | Sí | | Dólares | Frecuencia |
|-----|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| 10. | ___ ___ | ¿Recibe o espera recibir beneficios por desempleo? | \$ _____ | _____ |
| 11. | ___ ___ | ¿Recibe o espera recibir subsidio por adopción temporal o permanente? | \$ _____ | _____ |
| 12. | ___ ___ | ¿Recibe o espera recibir manutención de menores?
Estado y Caso #: _____ | \$ _____ | _____ |
| 13. | ___ ___ | ¿Recibe o espera recibir pensión alimenticia?
Estado & Caso #: _____ | \$ _____ | _____ |
| 14. | ___ ___ | ¿Recibe o espera recibir asistencia en efectivo (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF? **no enliste los cupones de alimentos.
Número de caso: _____ | \$ _____ | _____ |
| 15. | ___ ___ | ¿Recibe o espera recibir Seguro Social, SSI o <u>beneficios federales por discapacidad</u> ? | \$ _____ | _____ |

- No** **Sí**
16. ___ ___ ¿Recibe o espera recibir el pago de una pensión, renta vitalicia o fondo fiduciario?
Nombre del proveedor o institución: _____
17. ___ ___ ¿Actualmente recibe algún pago militar?
18. ___ ___ ¿Es propietario o copropietario de algún negocio o de alguna propiedad inmobiliaria? En ese caso, explique: _____
19. ___ ___ ¿Percibe ingresos por concepto de renta o venta de alguna propiedad?
20. ___ ___ ¿Alguna persona o agencia ajena a su familia ayuda a pagar los servicios de teléfono, supermercado, etc.?
¿Quién?: _____
Dirección: _____
21. ___ ___ ¿Algún miembro de su familia percibe algún ingreso/dinero/contribución no enlistada aquí?
¿De quién? _____ Cantidad mensual \$ _____
22. ___ ___ ¿Algún miembro de su familia percibe o espera recibir algún ingreso tribal?
¿Quién? _____ ¿De quién? _____
23. ___ ___ ¿Algún miembro de su familia hizo su declaración fiscal el año pasado?
¿Quién? _____
24. ___ ___ ¿Algún miembro de su familia mayor de 18 años es estudiante de tiempo completo?

Nombre del estudiante:	Nombre de la escuela:	Tiempo completo/parcial:	Ayuda financiera (subvenciones, becas)

ACTIVOS: enliste TODAS las cuentas de cheques y ahorros de todos los miembros de su familia (ejemplos: cuentas individuales de ahorro para el retiro (IRA), cuentas Keogh y certificados de depósito).

- No** **Sí**
25. ___ ___ ¿Algún miembro de su familia tiene cuenta bancaria?

MEMBER NAME	BANK NAME	TYPE OF ACCOUNT	ACCT NUMBER (REQUIRED)	BALANCE
				\$
				\$
				\$
				\$

- No** **Sí**
26. ___ ___ ¿Percibe ingresos de activos incluyendo intereses de cuentas de cheques o ahorros, dividendos, certificados de depósito, acciones o bonos?
27. ___ ___ ¿Algún miembro de su familia tiene...?
 ___ Inversiones en la Bolsa de Valores ___ Fideicomisos ___ IRA/KEOGH
 ___ Cuentas de jubilación ___ Acciones, bonos o rentas vitalicias
- Si contesto que sí, debe proporcionar comprobantes recientes.**
28. ___ ___ ¿Usted o algún miembro de su familia ha recibido algún pago único en el último año por concepto de: herencia, lotería, pagos de aseguradora, etcétera?
 Especifique: _____

CERTIFICACIÓN DE ACTIVOS EXPEDIDOS POR MENOS DEL VALOR DE MERCADO

- No** **Sí**
29. ___ ___ ¿Ha expedito (vendido o regalado) algún activo por menos del valor en el mercado en los últimos dos años? Si contestó que SI, enliste la(s) cosa(s) y el valor del/los activo(s) expeditos por un valor menor al del mercado, durante los últimos dos años.

GASTOS

- No** **Sí**
30. ___ ___ ¿Tiene gastos de guardería/cuidado infantil de un niño menor de 12 años?
 Nombre completo del proveedor: _____
 Dirección completa: _____
 Número de teléfono: _____
31. ___ ___ ¿Recibe alguna ayuda financiera con los costos de cuidado infantil del estado?
32. ___ ___ ¿Paga por servicios de cuidado o equipo especial para algún miembro de su familia con discapacidad que le permita a esa persona o a alguien más trabajar en la casa?
 Nombre completo del proveedor de cuidados: _____
 Dirección del proveedor: _____
 Número de teléfono: _____
- ¿Cuál es el costo del servicio o equipo? _____ \$ _____ mensual.

A TODAS LAS FAMILIAS: Proporcione nombre, dirección y teléfono de dos (2) personas, que sepan cómo comunicarse con usted.

	CONTACTO A	CONTACTO B
Nombre:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad/Estado/C.P.	_____	_____
Teléfono:	_____	_____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Al firmar, Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información proporcionada a la Autoridad de Vivienda de Mesa (MHA), de la Ciudad de Mesa, del Programa de Vales de Elección de Vivienda (HCV) de la estructura familiar, ingresos, activos de la red familiar, prestaciones y deducciones es verídica y está completa bajo protesta de decir verdad.

Yo/Nosotros entendemos que todos los cambios en los ingresos familiares, acciones y/o la composición, deben reportarse por escrito a la oficina de la agencia inmobiliaria dentro de los primeros 10 días de dicho suceso. Yo/Nosotros entendemos que de no ser verdadera y completa la información proporcionada a la Autoridad de Vivienda Mesa, esto ocasionará la cesión de mi/nuestro apoyo de vivienda.

Penalización por fraude: Yo/Nosotros entendemos que el presentar comprobantes o información falsa es causa de penalización conforme a la Ley Federal (Sección 1001, Título 18 del Código de los Estados Unidos). En caso de que esta declaración contenga información falsa o incompleta es posible que:

- Se de por terminada la asistencia para la vivienda.
- Tenga que devolver el apoyo otorgado previamente.
- Tenga que pagar una multa de \$10,000 dólares.
- Vaya a la cárcel por un periodo máximo de 10 años en una prisión federal.
- No podré recibir asistencia para la vivienda en un futuro.

FIRMAS:

Jefe de familia: _____	Fecha: _____
Otro adulto: _____	Fecha: _____
Otro adulto: _____	Fecha: _____
Otro adulto: _____	Fecha: _____
Otro adulto: _____	Fecha: _____

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de felonía por hacer declaraciones falsas y fraudulentas en cualquier documento o cualquier agencia de los Estados Unidos.

Firmas Electrónicas. Yo reconozco y acepto que este formulario puede ejecutarse mediante firma electrónica, que se considera como una firma original para todo el cumplimiento de HUD y la Autoridad de Vivienda Pública y tendrá la misma fuerza y efecto que una firma original. Sin limitación, la "firma electrónica" incluirá versiones enviadas por fax de una firma original o una versión escaneada y transmitida electrónicamente de una firma original.

PÁGINA EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

Autorización para la divulgación de información / Notificación de la Ley de privacidad (Privacy Act) para el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU y el organismo o la autoridad de vivienda

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU., Oficina de Vivienda Pública y Nativos

Autoridad de vivienda pública o nativos (PHA o IHA, por sus siglas en inglés) que solicitan la divulgación de información (información completa de la dirección, el nombre de la persona de contacto y la fecha):

Autoridad: Artículo 904 de la Ley de modificaciones de asistencia a personas sin hogar (*Homeless Assistance Amendments Act*) de Stewart B. McKinney de 1988, según las modificaciones dispuestas en el artículo 903 de la Ley de desarrollo de la comunidad y la vivienda (*Housing and Community Development Act*) de 1992 y el artículo 3003 de la Ley de acuerdo de presupuesto integral (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) de 1993. Esta legislación se encuentra en el título 42, artículo 3544, del Código de los Estados Unidos (*United States Code*, USC). Esta legislación exige que firme un documento de consentimiento mediante el cual se autorice: (1) que el HUD y el organismo o la autoridad de vivienda (HA, por sus siglas en inglés) soliciten una verificación de los salarios y sueldos por parte de los empleadores actuales o anteriores; (2) que el HUD y la HA soliciten información de reclamos de compensación salarial y por desempleo del organismo estadual responsable de conservar esa información; y (3) que el HUD solicite determinada información de declaración de impuestos de la Administración del Seguro Social de los EE. UU. y el Servicio de Impuestos Internos de los EE. UU.

Artículo 104 de la Ley de oportunidades de vivienda y modernización (*Housing Opportunity and Modernization Act*) de 2016. Las disposiciones pertinentes se encuentran en el título 42, artículo 1437n, del USC. Esta legislación exige que firme un documento de consentimiento mediante el cual se autorice a la HA a solicitar una verificación de registros financieros de cualquier entidad financiera, según se define en la Ley de derecho a la privacidad financiera (*Right to Financial Privacy Act*) (título 12, artículo 3401, del USC)), en cualquier momento en que la HA determine que es necesario para decidir sobre la elegibilidad de un participante o solicitante de asistencia o nivel de beneficios.

Objetivo: Mediante su firma en este documento de consentimiento, autoriza al HUD y la HA mencionada anteriormente a solicitar información de ingresos de las fuentes enumeradas en este documento. El HUD y la HA necesitan esta información para verificar el ingreso en su hogar, para asegurarse de que usted sea elegible para beneficios de vivienda asistida y que el nivel de estos beneficios sea el correcto. El HUD y la HA pueden participar en programas de cotejo electrónico de datos con estas fuentes para verificar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

Usos de la información que se obtendrá: El HUD tiene la obligación de proteger la información acerca de ingresos que obtenga en conformidad con la Ley de privacidad de 1974 (título 5, artículo 552a, del USC). El HUD puede divulgar información (distinta de la información sobre declaraciones de impuestos) para determinados usos de rutina, como fines de orden público de otros organismos gubernamentales, fines de idoneidad laboral de organismos federales y fines de determinación de asistencia de vivienda de las HA. La HA también tiene la obligación de proteger la información acerca de ingresos que obtenga en conformidad con toda legislación estadual aplicable en materia de privacidad. Es posible que los empleados del HUD y la HA estén sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información de ingresos que se obtenga en virtud del documento de consentimiento. **Los propietarios privados no pueden solicitar ni recibir información autorizada en este documento.**

Quién debe firmar este documento de consentimiento: Cada miembro de su familia que sea mayor de 18 años debe firmar este documento de consentimiento. Se deben obtener las firmas adicionales de nuevos miembros adultos que se unan a la familia o cuando los miembros menores cumplan 18 años.

Las personas que solicitan asistencia o reciben asistencia por los siguientes programas deben firmar este documento de consentimiento:

Vivienda pública
Vales de elección de vivienda
Rehabilitación moderada del artículo 8

Incumplimiento de firmar el documento de consentimiento: Si usted no firma el documento de consentimiento, puede dar lugar al rechazo de la elegibilidad o al cese de los beneficios de vivienda asistida, o ambos. El rechazo de la elegibilidad o el cese de los beneficios están sujetos a los procedimientos de reclamación de la HA y los procedimientos de audiencias informales del artículo 8.

Revocación del consentimiento: Si revoca el consentimiento, la PHA no podrá verificar su información, aunque los cotejos de datos entre el HUD y otros organismos continuarán realizándose de manera automática en el sistema de Verificación de Ingresos Empresariales (*Enterprise Income Verification*, EIV) si la familia no queda fuera del programa.

Fuentes de donde se obtendrá la información:

Organismos estaduales de recopilación de información de salarios. (Este consentimiento está limitado a salarios y compensaciones por desempleo que he recibido cuando recibí beneficios de vivienda asistida.)

La Administración del Seguro Social (solo para el HUD). (Este consentimiento está limitado a la información de salarios y trabajo independiente, y pagos de jubilación como se menciona en el artículo 6103[1][7][A] del Código de Impuestos Internos [*Internal Revenue Code*].)

El Servicio de Impuestos Internos de los EE. UU. (solo para el HUD). (Este consentimiento está limitado a los ingresos extras [es decir, aquellos provenientes de intereses o dividendos].)

También es posible que se obtenga información de manera directa de: (a) empleadores actuales o anteriores en lo que respecta a salarios y sueldos; y (b) entidades financieras, según se definen en la Ley de derecho a la privacidad financiera (título 12, artículo 3401, del USC), en cualquier momento en que la HA determine que es necesario para decidir sobre la elegibilidad de un participante o solicitante de asistencia o nivel de beneficios. Entiendo que la información de ingresos obtenida de estas fuentes se usará para verificar la información que yo provea para determinar elegibilidad para programas de vivienda asistida y nivel de beneficios. Por lo tanto, este documento de consentimiento solo autoriza la divulgación de información proveniente directamente de empleadores y entidades financieras.

Consentimiento: Doy mi consentimiento para permitir que el HUD y la HA soliciten y obtengan información de ingresos de las fuentes enumeradas en este documento a los fines de verificar mi elegibilidad y nivel de beneficios en virtud de los programas de vivienda asistida del HUD. Entiendo que las HA que reciban información de ingresos en virtud de este documento de consentimiento no pueden usarla para rechazar, reducir o eliminar la asistencia sin antes verificar de forma independiente cuál fue el monto, si tuve acceso a la financiación y cuándo la recibí. Además, debo tener la oportunidad de refutar esas determinaciones.

Este documento de consentimiento permanecerá vigente hasta lo que suceda primero: (i) la devolución de una decisión final adversa para un solicitante de asistencia; (ii) el cese de la elegibilidad de un participante para recibir asistencia del HUD y la PHA; o (iii) la revocación expresa por el solicitante de la asistencia o el receptor (o el familiar que corresponda) de la autorización, en una notificación escrita al HUD o la PHA.

Firmas:

_____ Jefe del hogar		_____ Fecha	
_____ Número del Seguro Social (si tuviera) del jefe del hogar		_____ Otro familiar mayor de 18	
_____ Cónyuge		_____ Fecha	
_____ Otro familiar mayor de 18		_____ Fecha	
_____ Otro familiar mayor de 18		_____ Fecha	
_____ Otro familiar mayor de 18		_____ Fecha	

Asesoría de privacidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado a recopilar esta información por la Ley de vivienda (*Housing Act*) de 1937 de los EE. UU. (título 42, artículo 1437 y siguientes, del USC), el título VI de la Ley de derechos civiles (*Civil Rights Act*) de 1964 (título 42, artículo 2000d, del USC) y la Ley de vivienda justa (*Fair Housing Act*) (título 42, artículo 3601-19, del USC). Objetivo: Este documento autoriza al HUD y la HA mencionada anteriormente a solicitar información sobre ingresos para verificar el ingreso en su hogar, a fin de asegurarse de que usted sea elegible para beneficios de vivienda asistida y que el nivel de estos beneficios sea el correcto. Si no provee la información solicitada, puede haber un atraso o rechazo de la aprobación de su elegibilidad.

Sanciones por mal uso de este consentimiento: El HUD y la HA (o cualquiera de los empleados del HUD o la HA) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información que se recopile en virtud del documento de consentimiento. El uso de la información recopilada en función del documento HUD 9886 está restringida a los fines citados en el documento HUD 9886. Toda persona que, de manera intencionada o a sabiendas, solicite, obtenga o divulgue información de forma fraudulenta sobre un solicitante o participante puede estar sujeto a sanciones por delitos menores o a multas de un máximo de 5000 \$. Todo solicitante o participante afectado por divulgación negligente de la información puede iniciar acciones legales civiles por daños y buscar otra compensación, según corresponda, del funcionario o empleado del HUD o la HA por divulgación no autorizada o uso indebido.

Declaración de cargas de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Según lo informado por el público, el tiempo estimado de dedicación a esta recopilación es de 0,16 horas para admisiones nuevas y de 0,08 horas para los familiares que cumplen 19 años, lo que incluye el tiempo para revisar, investigar fuentes existentes de datos, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. Se requiere la recopilación de información de ingresos y activos para determinar elegibilidad para el programa. Es necesario enviar el documento de consentimiento (formulario HUD 9886) para que las PHA puedan seguir los requisitos del artículo 904 de la Ley de modificaciones de asistencia a personas sin hogar de Stewart B. McKinney de 1988, según las modificaciones dispuestas en el artículo 903 de la Ley de desarrollo de la comunidad y la vivienda de 1992, el artículo 3003 de la Ley de acuerdo de presupuesto integral de 1993 (título 42, artículo 3544 del USC) y el artículo 104 de la Ley de oportunidades de vivienda y modernización para que el HUD y las PHA puedan verificar la elegibilidad y la información de ingresos de los solicitantes y participantes. La recopilación de la información está protegida de la divulgación mediante la Ley de privacidad. Envíe comentarios sobre este estimativo de las cargas o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir las cargas, a la Oficina de Vivienda Pública y Nativos de los EE. UU., Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, Washington, DC 20410. Cuando proporcione comentarios, consulte el n.º de la OMB: 2577-0295. Puede que el HUD no lleve a cabo ni patrocine una recopilación de información, y las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información, a menos que tal recopilación tenga un número de control válido.

Formulario de consentimiento del cliente para verificación de ingresos y divulgación de antecedentes

Al firmar a continuación, autorizo al Programa de Vales de Elección de Vivienda de Mesa, a obtener o recopilar información sobre mi hogar y determinar la elegibilidad para la asistencia de alquiler bajo el programa de vales.

Entiendo que al dar mi consentimiento, la Autoridad de Vivienda de Mesa obtendrá la información o los materiales necesarios para completar o verificar el empleo anterior o actual; recupere información del servicio de impuestos internos, la agencia de cumplimiento de manutención de menores, la administración del seguro social, los servicios humanos y de salud del condado, la administración de veteranos y la oficina de compensación de trabajadores o cualquier otra agencia que MHA pueda usar para verificar los ingresos.

Por la presente autorizo y solicito a cualquier agencia que tenga información y/o registros relacionados con los que suscriben, que proporcionen información completa y completa a cualquier representante debidamente autorizado de MHA, que presente esta autorización. Autorizo a cualquier agencia policíaca, oficina de libertad condicional, tribunal municipal, corte juvenil, médicos, hospitales, propietarios anteriores y presentes y al centro de intercambio de información social con conocimiento de mis antecedentes, a presentar sus informes, evaluaciones y/o opiniones a MHA para verificación y reproducción.

La falta de una firma de algún miembro de la familia, mayor de 18 años, en este formulario de consentimiento, resultará en la negación inmediata de asistencia con el Programa de Vales de Elección de Vivienda.

_____ Nombre (jefe de familia)	_____ Firma (jefe de familia)	_____ Fecha
_____ Nombre (cónyuge)	_____ Firma (cónyuge)	_____ Date
_____ Nombre (familiar mayor de 18)	_____ Firma (familiar mayor de 18)	_____ Date
_____ Nombre (familiar mayor de 18)	_____ Firma (familiar mayor de 18)	_____ Date
_____ Nombre (familiar mayor de 18)	_____ Firma (familiar mayor de 18)	_____ Date

PÁGINA EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

SOLICITUD DE ADAPTACIONES RAZONABLES

Definición de discapacidad: Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida; un registro de tener tal impedimento; o se considera que tiene tal impedimento.

*** Tenga en cuenta que todas las adaptaciones razonables deberán solicitarse anualmente.**

1. No necesito un ajuste razonable en este momento, o elijo no completar este formulario:

Firma: _____ Fecha: _____

2. Estoy solicitando una adaptación razonable debido a una discapacidad como se define anteriormente:

Firma: _____ Fecha: _____

(Nota: si considera que necesita una adaptación razonable, deberá llenar un formulario por separado que necesita autorización. Solicite el documento de adaptación razonable a la Autoridad de Vivienda de Mesa).

AVISO DE DERECHO A ADAPTACIONES RAZONABLES

De acuerdo con las leyes estatales y federales de vivienda justa, la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Mesa (MHA) no discrimina a ninguna persona que tenga una discapacidad. Bajo solicitud, MHA proporciona apoyos y servicios auxiliares, así como alojamientos adecuados que permitan a la gente con discapacidades tener los mismos derechos para participar en los programas de MHA. Sin embargo, es posible que no podamos proporcionar servicios cuando se soliciten con menos de 48 horas de anticipación.

Un alojamiento adecuado implica la modificación o el cambio de: 1) políticas y procedimientos de MHA o del propietario; 2) una unidad del propietario que atienda a una familia elegible con un miembro discapacitado para participar en el Programa de Vales de Elección de Vivienda (HCV) Sección 8. Los propietarios están legalmente obligados a realizar adaptaciones adecuadas.

Si usted o algún miembro de su familia tiene alguna discapacidad, puede solicitar en cualquier momento del proceso o después de la admisión al programa un alojamiento adecuado. Si no solicita alojamiento, no tiene que especificar su discapacidad a MHA o al propietario.

Algunos ejemplos de alojamientos que puede solicitar a MHA son, pero no se limitan a:

- Arreglo de visitas a domicilio para personas que no pueden ir a la oficina de vivienda.
- Recibir una lista de unidades accesibles en renta.
- Reprogramar citas canceladas debido a problemas con su discapacidad.
- Proporcionar asistencia para acondicionar una habitación adicional para necesidades especiales, tales como una persona responsable de su cuidado o la instalación de un equipo médico grande.
- Extensión del plazo de vivienda si el participante tiene dificultad para encontrar una unidad debido a su discapacidad.
- Extensión razonable de tiempo a una persona con discapacidad, para poder completar los requisitos del programa.
- Hacer una excepción a las rentas de mercado justo o a los estándares de pago de vales, según lo permiten las regulaciones de HUD
- Hacer una excepción a la regla de “alquiler a familiares” (excepto en donde lo prohíban las leyes federales).

Una unidad de renta puede modificarse físicamente a expensas del participante. El propietario puede verificar que las modificaciones son necesarias para que el miembro de la familia discapacitado pueda vivir en la unidad. El propietario también puede solicitar al arrendatario que restaure la vivienda a su condición original (con excepción del desgaste razonable) cuando el participante se mude, también puede solicitar un depósito para garantizar las reparaciones.

Algunos ejemplos de adaptaciones que se permiten con la aprobación previa del propietario y a expensas del participante son, pero no se limitan a:

- Instalación de manijas, pasamanos, o agarraderas de nivel en lugar de “perillas”.
- Modificación del acceso a la unidad para silla de ruedas. El cliente también puede elegir moverse a una unidad que ya cuente con las adaptaciones y características que necesita.
- Permitir al familiar discapacitado tener un animal de servicio en una unidad en donde no se acepten mascotas.
- Permitir a una agencia externa brindar asistencia al cliente discapacitado para cumplir con el acuerdo de alquiler.

Una familia solicitante con un miembro discapacitado debe conocer las obligaciones básicas de HCV y del contrato de arrendamiento con el propietario. Un solicitante o participante debe cumplir con sus obligaciones independientemente o con asistencia de otra persona o agencia.

IMPORTANTE ¡POR FAVOR LEA!

Los formularios adjuntos deben ser llenados por miembros que tengan un jefe(a) de familia, espos(a) discapacitado o mayor de 62 años.

Estos formularios se utilizarán para verificar los gastos médicos. La Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Mesa no requiere de ninguna información diferente a los desembolsos por gastos médicos.

INSTRUCCIONES:

Formulario #1 – Cuestionario de gastos médicos – EN LA SIGUIENTE PÁGINA

- **Enliste SOLAMENTE** a los proveedores médicos a quienes les hace pagos con regularidad o a quienes anticipa hacer pagos durante los próximos 12 meses.
- **Enliste SOLAMENTE** a las farmacias que acude de manera REGULAR para surtir sus RECETAS o a las que anticipa acudir durante los próximos 12 meses.
- **NO enliste** a ningún proveedor médico o farmacia que ya no vea/acuda en la actualidad o pague con regularidad ni que anticipe hacer pagos durante los próximos 12 meses.

Formulario #2 – Autorización de información médica

Firme a la mitad del formulario, ÚNICAMENTE donde dice “*Firma del paciente*”. **NO escriba en ningún otro lado.**

Si hay más de un adulto en esta categoría, DEBE solicitar un segundo formulario de Autorización de Información Médica.

Gracias por su cooperación,

Personal de la Autoridad de Vivienda de Mesa

CUESTIONARIO DE GASTOS MÉDICOS

¿Usted o su esposo(a) tiene más de 62 años o está discapacitado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, continúe. Si no, DETENGASE.

JEFE(A) DE FAMILIA: _____ No. SS: _____

¿Paga deducible anual por concepto de Medicare? No Sí \$ _____ / anual.

Si maneja ¿tiene gastos por millas? Explique _____

Compañías de seguro dental	Número de cuenta	Pago mensual
		\$
		\$
		\$

DOCTORES-HOSPITALES-DENTISTAS-OFTALMOLOGOS- PROVEEDORES DE SALUD

Enliste a los doctores, hospitales, dentistas, proveedores de salud en los que haya tenido que gastar y ANTICIPE seguir viendo en los próximos 12 meses. extraordinario y por ANTICIPADO contemplando el siguiente año. **No enliste aquellos a quienes ya no visita**, a menos que todavía realice pagos pendientes.

Nombre	Pago por visita	Dirección/Información de contacto
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

FARMACIAS (solamente aquellas que usa CON REGULARIDAD).

Nombre	Pago por visita	Dirección
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

AUTORIZACIÓN PARA USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

De: Autoridad de Vivienda **DE MESA, 200 S Center Street, Building 1, PO Box 1466, MESA, AZ 85211**

El miembro de familia arriba mencionado ha solicitado o recibido apoyo federal para pagar la renta. HUD requiere que se verifique la información utilizada para comprobar la elegibilidad del miembro para el apoyo de renta.

Agradecemos su cooperación al responder la pregunta de este formulario y para enviarla en un sobre cerrado con la dirección o **vía fax al 480-644-2923**. El miembro de la familia ha autorizado divulgar la información que aparece abajo.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE FAMILIA

Tengo el derecho, en cualquier momento, de revocar esta autorización por escrito al Proveedor mencionado arriba. La revocación solo será efectiva después de haber sido recibida y registrada por el Proveedor arriba mencionado. Cualquier uso o divulgación por adelantado a la revocación no será incluida como parte de dicha revocación.

La información utilizada o divulgada con respecto a esta autorización deberá estar sujeta a divulgarse nuevamente por el receptor y no será protegida por las cláusulas de privacidad de HIPAA. Debo obtener una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad del Proveedor arriba mencionado.

Mi autorización o negativa a proporcionar autorización(es) adicionales no afecta mi capacidad para obtener tratamiento del proveedor arriba mencionado.

Certifico que soy el paciente arriba mencionado, o que soy un tutor legal, agente, representante, ejecutor del paciente y que conservaré al proveedor arriba mencionado y a sus afiliados y subsidiarios libres de responsabilidad por el cumplimiento de lo previsto en esta autorización.

Autorizo con mi firma al proveedor arriba mencionado a divulgar mi información de salud confidencial, tal y como lo identifica la División de Autoridad de Vivienda de Mesa. Esta autorización expira al término de mi participación en el programa de Vales de Asistencia de Vivienda o en esta fecha:

_____.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____