



## Vale de elección de vivienda (Sección 8) Solicitud para lista de espera

**IMPORTANTE:** si usted u otro miembro de su grupo familiar necesitan alguna asistencia con esta solicitud, informe a la Autoridad de Vivienda. Todas las áreas deben estar completadas o marcadas como “no aplica”. No se aceptarán formularios incompletos ni se pondrán en la lista de espera. La fecha de su solicitud para la lista de espera será la fecha en que su formulario completado se **recibe** en nuestra oficina.

Solo para uso de la oficina

Nombre \_\_\_\_\_  
 Tamaño BR \_\_\_\_\_  
 Pref HA \_\_\_\_\_  
 # Comp \_\_\_\_\_  
 Hora de recepción \_\_\_\_\_ a. m./p. m.

**Composición del grupo familiar:** mencione a todos los que vivirán en la unidad. Solo incluya a los hijos que estarán con usted 50 % o más del tiempo.

Nombre legal (como se muestra en la tarjeta del SS)	Sexo	Relación con la cabeza de familia	Fecha de nacimiento	Edad	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)	# Seguro Social (#SS completo o n/a)	Origen étnico* (encierre uno en un círculo)	Raza** (encierre uno o más en un círculo)
1.		USTED	/ /				1 2	1 2 3 4 5
2.			/ /				1 2	1 2 3 4 5
3.			/ /				1 2	1 2 3 4 5
4.			/ /				1 2	1 2 3 4 5
5.			/ /				1 2	1 2 3 4 5
6.			/ /				1 2	1 2 3 4 5
7.			/ /				1 2	1 2 3 4 5

\*Origen étnico: (1) Hispano o latino (2) No hispano ni latino

\*\*Raza: (1) Blanco (2) Negro/afroamericano (3) Indio americano/nativo de Alaska (4) Asiático (5) Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

Nota: La información de raza y origen étnico es opcional y no se usará para determinar la elegibilidad. Solo para propósitos de estadística.

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono primario #: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario #: \_\_\_\_\_

**Toda la correspondencia se enviará a la dirección más reciente incluida en cualquier solicitud enviada a la Autoridad de Vivienda del condado de Lincoln.**

**Autoridad de Vivienda del condado de Lincoln**  
 PO Box 1470, 1039 NW Nye St, Newport, OR 97365  
 (541) 265-5326 teléfono | (541) 265-6057 fax | info@halc.info

Si no habla o lee inglés, ¿qué idioma habla?

¿Qué idioma lee?

Usted O algún miembro de su grupo familiar (marque todas las que correspondan):

- ¿Es mayor de 62 años?
- ¿Es un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?; ¿quién? \_\_\_\_\_
- ¿Es discapacitado o minusválido?; ¿quién? \_\_\_\_\_

**Nota:** Una persona no tiene que recibir beneficios de discapacidad del Seguro Social para que los propósitos del programa la consideren discapacitada. HUD define como discapacitada a “una persona que no puede participar en ninguna actividad sustancial remunerada por cualquier impedimento físico o mental determinado médicamente que pueda esperarse que dure un período continuo de no menos de 12 meses”. Si usted siente que cumple esta definición, marque la casilla de arriba. Si usted NO recibe beneficios del Seguro Social, necesitamos verificar su discapacidad con un médico calificado o con un especialista en diagnóstico en el momento en que su nombre llegue al principio de la lista de espera.



La Autoridad de Vivienda del condado de Lincoln no discrimina según raza, color, país de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad o edad. La persona responsable de asegurar el cumplimiento de los derechos civiles y las reglamentaciones de la Sección 504 es el gerente de los Programas de vivienda, con quien puede comunicarse llamando al (541) 265-5326.

**Ingresos del grupo familiar:** *mencione todos los ingresos, salarios o beneficios que reciben los miembros de su grupo familiar.*

Receptor de los ingresos (¿quién recibe los ingresos?)	Fuente de los ingresos (TANF, trabajo, Seguro Social, etc.)	Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos/retenciones)

**Esta solicitud es SOLO para que se le incluya en la lista de espera del Vale de elección de vivienda.** La elegibilidad final se verificará y determinará en el momento en que su familia llegue al principio de la lista de espera. Los criterios de elegibilidad se describen en el Plan administrativo de la Sección 8 que está en nuestro sitio web y en la oficina de la Autoridad de Vivienda del condado de Lincoln. Yo/nosotros certifico/certificamos que TODA la información dada en esta solicitud para lista de espera es verdadera y completa hasta donde yo sé. Entiendo que dar información falsa o engañosa en esta solicitud puede tener como consecuencia la determinación de que no soy elegible para la asistencia con el alquiler. Comprendo que es mi responsabilidad informar a la Autoridad de Vivienda POR ESCRITO si tengo un cambio en mi dirección o composición de familia y que, si no respondo a la correspondencia, peticiones de información actualizada o citas antes de las fechas límite, puede dar como resultado que mi solicitud se vuelva inactiva en la lista de espera del Vale de elección de vivienda.

Firma de la cabeza de familia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del corresponsable o cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Autoridad de Vivienda del condado de Lincoln**  
PO Box 1470, 1039 NW Nye St, Newport, OR 97365  
(541) 265-5326 teléfono | (541) 265-6057 fax | info@halc.info