

## Solicitud del Programa Mainstream

### Para la lista de espera de los Vales de Elección de Vivienda de la Sección 8

Use las instrucciones adjuntas para completar y enviar esta solicitud.

La solicitud debe entregarse con un Paquete de Preferencia del Programa Mainstream completado y firmado. No se aceptarán solicitudes que no incluyan un Paquete de Preferencia del Programa Mainstream.

Devuelva las solicitudes completadas y los Paquetes de Preferencia del Programa Mainstream mediante una de las siguientes formas:

- **Por correo o en persona:** Home Forward – Rent Assistance, 135 SW Ash Street, Portland OR 97204
- **Fax:** (503) 802-8330 Atención: HCV Waitlist
- **Correo electrónico:** [HCVwaitlist@homeforward.org](mailto:HCVwaitlist@homeforward.org)

**Solo se aceptarán solicitudes ente el 18 de marzo de 2019 y el 22 de marzo de 2019.**

**No** se aceptarán solicitudes antes del 18 de marzo de 2019 ni después del 22 de marzo de 2019.

Si usted o un familiar es una persona con discapacidades y requiere de una adaptación específica para poder utilizar plenamente nuestros programas y servicios, llame a Home Forward al 503-415-8050.

INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA			
Número del Seguro Social: _____ -- _____ -- _____		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X			
Apellido: _____		Primer nombre: _____	
Inicial del segundo nombre : _____			
Número telefónico : _____		Dirección de correo electrónico : _____	
<b>Grupo étnico</b> (marque una casilla) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		<b>Raza</b> (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái o de otras islas del Pacífico <i>Los datos sobre la raza y el grupo étnico son únicamente para fines estadísticos</i>	
¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? (solo para fines informativos y para poder servirle mejor) _____			
¿Necesita un intérprete? (solo para fines informativos y para poder servirle mejor) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección legal (lugar donde vive actualmente)		Dirección postal, si es diferente a la legal (donde recibe su correspondencia actualmente)	
Dirección		Dirección	
Ciudad		Ciudad	
Estado		Estado	
Código postal		Código postal	
Nota: La dirección que proporcione en esta solicitud se aplicará a cualquier solicitud actual que tenga para cualquier programa de vivienda de Home Forward (si corresponde). Si su dirección legal o postal cambia, debe avisarle a Home Forward por escrito para mantener su lugar en la lista de espera.			

INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR						
Apunte primero la información sobre los adultos y luego la de los niños menores de 18 años. Use "F", "M" o "X" para indicar el género. Si un integrante del grupo familiar califica para una adaptación razonable debido a una discapacidad, indique "Sí"; si no es así, indique "No". Mencione la relación de cada persona con el jefe de familia. Si necesita espacio adicional, use una hoja por separado y adjúntela a esta solicitud.						
Relación	Primer nombre	Apellido	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género	Discapacidad (Sí/No)
Jefe de familia						
Cónyuge/co-jefe						


Marque esta casilla si adjuntó una hoja por separado con otros integrantes del grupo familiar.

### INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR

¿Cuál es el ingreso bruto mensual total (antes de impuestos) de su grupo familiar? \$

Incluya todos los pagos recibidos por cada integrante del grupo familiar de 18 años o más, como salarios, pago a militares, pensiones, seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), bienestar, manutención infantil, desempleo, negocio, profesión o cualquier otra fuente.

### ELEGIBILIDAD Y PREFERENCIAS

Su respuesta a las siguientes preguntas ayudará a determinar su elegibilidad para la asistencia de alquiler y si tiene derecho a una preferencia cuando se registre en la lista de espera del programa. Seleccione las respuestas adecuadas para cada una de las siguientes preguntas.

¿Incluirá su grupo familiar a un familiar con una discapacidad que tenga entre 18 y 61 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Esta persona hará (o ha hecho) la transición de una institución o entorno segregado dentro de los 90 días siguientes a esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### Formulario OPCIONAL de Apoyo de Home Forward

Usted tiene derecho a incluir, como parte de su solicitud, la información de contacto de una persona u organización que puede estar ayudándole a llenar su solicitud o coordinar servicios de apoyo. Si desea que Home Forward hable con un administrador de casos, defensor o familiar no incluido en esta solicitud, complete y devuelva el *Formulario de Apoyo de Home Forward* adjunto. No está obligado(a) a proporcionar esta información de contacto.

**Marque esta casilla si elige no proporcionar la información de contacto.**

### AVISO Y CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE

LEA ESTA AUTORIZACIÓN CUIDADOSAMENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN: Al presentar esta solicitud para recibir ayuda en forma de vales de la Sección 8, autorizo a Home Forward a verificar toda la información que incluí en la solicitud. Asimismo, autorizo a Home Forward a determinar la elegibilidad de mi grupo familiar para recibir asistencia para la vivienda al examinar los registros de antecedentes penales y el estado de ciudadanía. Entiendo que proporcionar información falsa es motivo de denegación de la asistencia para la vivienda.

Al presentar este formulario, certifico que la información en este formulario es verdadera y está completa a mi leal y saber entender. Entiendo que me pueden multar por hasta \$10,000 o puedo ir a la cárcel por hasta cinco años si apporto información falsa o incompleta.

\_\_\_\_\_  
Firma del jefe de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/co-jefe

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe esta solicitud completada y el Paquete de Preferencia del Programa Mainstream a Home Forward conforme a lo solicitado, usando las instrucciones adjuntas a este formulario. No se aceptarán solicitudes antes del 18 de marzo de 2019 ni después del 22 de marzo de 2019.**

Si su dirección legal o postal cambia, debe avisarle a Home Forward por escrito para mantener su lugar en la lista de espera. Si Home Forward no tiene su dirección postal actual, se eliminará su solicitud de la lista de espera.

