

CERTIFICACION DE CAMBIOS FAMILIARES DEL INQUILINO

Fecha: _____
 Nombre del Encabezado del Hogar: _____
 Nombre de Todos los Demás Miembros Adultos: _____
 Nombre del Adulto a Quien Pertenece el Cambio: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: Casa: _____ Cel.: _____ Trabajo: _____

Favor de completar la siguiente información, llenando todas las fuentes de ingreso que actualmente este recibiendo, e indique el cambio marcando la caja apropiada.

Fuente	Cantidad	Fecha de Efecto	Este es un cambio	Iniciales de la Persona a quien aplica
1. ADFC:	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
2. Soporte de Hijos:	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
3. Seguro Social:	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
4. SSI:	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
5. SSDI:	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
6. Pensión:	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
7. Salarios:	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

8. **Compensación de Desempleo: Adjunte una copia de la carta de desempleo**
 Cantidad total a recibir \$ _____
 Fecha de Inicio _____ Fecha del Ultimo Pago: _____

9. **Circule cualquiera de los siguientes servicios si aplican a alguien del hogar:**
 Experience Works, Work Force Development, Desarrollo Familiar, Empleo Primero/
 ARBOR, Voc. Rehab, MNIS, Comisión para los Ciegos/Problemas Visuales, Servicios para
 Discapacidad de Desarrollo, Región III, Servicios de Consejero, Otro _____

Nombre de la Guardería para Niños _____

Domicilio: _____

Costo Semanal de la Guardería: \$ _____ Este es un cambio: _____ Si _____ No

Nombre de su Trabajadora en DHHS _____

OTRAS FUENTES DE INGRESO

He recibido otros ingresos o asistencias de la forma siguiente:

Amistades o miembros de familia han ayudado/están ayudándome a pagar mis cobros (utilidad, pago de carro, seguridad, registro, teléfono, cable, internet, seguridad médica etc. Explique: _____

Nombre y Domicilio de su Amistad o Miembro de Familia: _____

He recibido un regalo, herencia, monetaria o no/monetaria, o un solo pago aglomerado. Fuente: _____

Domicilio: _____

Otro. Favor de Explicar

Favor de no escribir en este espacio. Solo para el uso de la Oficina.

Forma de Cambio Familiar Continuación

Trabajo Anterior

Información de Empleo: Favor de llenar la siguiente información

Favor de Marcar: Tiempo-parcial Tiempo-completo Sin trabajar

Nombre del Trabajador: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Terminación: _____

Salario: \$ _____ Favor Circule: por hora por semana

Horas por Semana: _____

Nombre/Domicilio del Empleador: _____

Trabajo Nuevo

Información del Empleado:

Favor Marque: Tiempo-parcial Tiempo-completo Sin Trabajar

Nombre del Trabajador: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Terminación: _____

Salario: \$ _____ Favor Circule: por hora por semana

Horas por Semana: _____

Nombre/Domicilio del Empleador _____

Composición Familiar: Favor circule uno: **Adición o Eliminación de algún Niño** del hogar

Nombre: _____

Cambios de composición familiar o de ingresos deben ser reportados antes del 20 del mes en orden de que el cambio del subsidio de la renta se efectuó para el primero del mes siguiente. Los incrementos de ingresos no reportados de manera oportuna serán retroactivos.

Comentarios: _____

Certificación de Cambios Familiares del Inquilino: (Continuación)

Declaración Certificada: La información requerida en esta forma esta siendo colectada con respecto a regulaciones de La Agencia de Vivienda de Kearney, Kearney, Nebraska autorizados por el Departamento Estadounidense del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano para determinar la elegibilidad inicial y de continuación del solicitante; tamaño del departamento; y la cantidad de contribución por parte de el/los inquilino(s).

Sera utilizado para proporcionar la base para administrar el/los programa(s), para proteger el interés financiero del gobierno de Estados Unidos y de la Agencia de Vivienda de Kearney, y para verificar la precisión de la información proporcionada. Esta información se puede ceder a las agencias Federales, Estatales, y locales; cuando pertinente, esta información también se puede ceder a investigadores o fiscales civiles, criminales o regulatorios. La falta a proporcionar cualquiera información puede resultar en un retraso, o rechazo de aprobación de elegibilidad, o determinación subsecuente que la elegibilidad inicialmente aprobada era errónea. La autorización general de solicitar se basa en la autoridad concedida por La Acta de Vivienda de 1937, como fue enmendado, 42U.S.C., 1437 et seq., La Enmienda de Desarrollo de Vivienda y Comunidad de 1981, P.L. 97-35. 85 Estatuto, 348,408.

Advertencia: Sección 1001 del Titulo 18 del Código de Estados Unidos declara que una persona es culpable de un crimen si conscientemente y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Declaración de el/los Solicitante(s)/Inquilino(s):

Juro y atestigo por este medio que toda la información sobre mi es cierta y correcta. También entiendo que todo cambio de ingreso de cualquier miembro del hogar al igual que cualquier cambio en los miembros del hogar debe ser reportado a la Agencia de Vivienda de Kearney por ESCRITO INMEDIATAMENTE.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Otro Adulto: _____ Fecha: _____

Firma de Hijos Mayores de 18: _____ Fecha: _____

Recibido por parte del Personal de KHA: _____ Fecha: _____

Todos los adultos y niños mayores de 18 que vivan en el hogar deben firmar La Forma de Autorización para Ceder Información para poder nosotros procesar esta forma de cambio familiar.

Igualdad en Oportunidad de Vivienda

KHA no discrimina en base de estado de discapacidad, raza, color, religión, sexo, estatus familiar u origen nacional en la admisión o el acceso a, o trato o empleo en sus programas federales de asistencia y actividades.



El servicio de interprete en Español será proporcionado a todos los solicitantes o residentes sin costo .

