



**Round Rock Housing Authority**  
1505 Lance Lane Round Rock, TX 78664  
Tel. 512.255-3702 Núm. 200 Fax: 512-255-3943

Procedimientos de SOLICITUD PRELIMINAR para el Programa de Viviendas Subvencionadas

Instrucciones: Este procedimiento no es aplicable a la Sección 8. Lea con detenimiento y llene la solicitud con letra legible. Las solicitudes incompletas serán devueltas e implicarán la demora de su posición en la lista de espera.

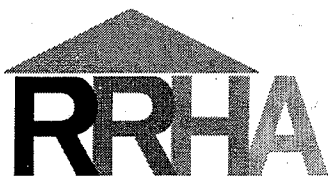
1. Para cubrir el requisito de admisión al programa de viviendas subvencionadas el solicitante debe:
  - a) Formar parte de una familia, según lo define la política de Admisión y Ocupación Continua de la RRHA (Dirección de Vivienda de Round Rock)
  - b) Cumplir los requisitos del HUD (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano) referentes a la ciudadanía y el estatus migratorio
  - c) Tener Ingresos Anuales, al momento de la admisión, que no excedan los límites de ingresos establecidos por el HUD y publicados en las oficinas de la RRHA
  - d) Proporcionar la documentación relativa a los números de Seguro Social de todos los miembros de la familia, o bien certificar que ellos no tienen número de seguro social; y
  - e) Cumplir o exceder los Criterios de Selección del Solicitante, que implican pasar una verificación de antecedentes y todos los requisitos de reconocimiento preventivo, además de asistir a la sesión de orientación preliminar a la ocupación.
  - f) Pagar cualquier monto adeudado hasta el momento a la RRHA, ya sea por el programa de viviendas subvencionadas o por la Sección 8.
2. Antes de completar las solicitudes se introducirán en la lista de espera por la fecha y la hora recibida.
3. Las solicitudes se aceptan por correo o en la Autoridad de Vivienda de Round Rock oficina de Lunes a Viernes de 9 am a NOON. Por favor asegúrese de incluir una dirección postal, independientemente de su hogar situation.and vez recibido.

**Round Rock Housing Authority**  
1505 Lance Lane  
Round Rock, Texas 78664

4. Si usted o algún integrante de su familia es una persona con discapacidades, y tiene una necesidad especial para hacer uso pleno de sus programas y servicios, por favor contacte a la dirección de vivienda. Los solicitantes con discapacidades podrán recibir asistencia, una vez completada la solicitud preliminar, en la Oficina de Desarrollo de la RRHA, que se indica más arriba.
5. Asegúrese de incluir el nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento y los ingresos de todos los integrantes de la familia que habitará la unidad familiar.
6. Asegúrese de proporcionar su dirección completa, de manera que podamos contactarle. Todas las ofertas de vivienda se hacen por medio de correo de primera clase.
7. Los cambios de composición de la familia, dirección y número telefónico deben notificarse por escrito. Omitir la notificación de cualquier cambio puede causar la revocación de su solicitud.



Round Rock Housing Authority no discrimina por raza, color, religión, nacionalidad, ascendencia, orientación sexual, edad, estatus familiar o discapacidad mental o física para aceptar el acceso a sus programas de empleo o en el desarrollo de sus actividades, funciones o servicios.



**SÓLO PARA EL USO DE LA RRHA:**

Fecha de recepción \_\_\_\_\_ BDRM \_\_\_\_\_

**Solicitud Preliminar de Vivienda Subvencionada**

Por favor escriba claramente:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Calle, Núm. de apartamento \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_  
Núm. telefónico \_\_\_\_\_ Núm. tel. Alternativo \_\_\_\_\_

**Solo para fines estadísticos**

**Origen racial del jefe de familia:** \_\_\_ Afroamericano / Negro. \_\_\_ Asiático o Isleño del Pacífico. \_\_\_ Nativo Americano o Nativo de Alaska. \_\_\_ Caucásico / Blanco.

**Grupo étnico del jefe de familia:** \_\_\_ Hispano / Latino. \_\_\_ No Hispano / No Latino.

**Indique a todos los miembros de la unidad familiar que estarán en el arrendamiento residencial**

|   | Apellido y Nombre | Fecha de Nacim. | Edad | Sexo | Número de Seguro Social | Relación con el jefe de familia | *¿Persona discapacitada? | País de Origen |
|---|-------------------|-----------------|------|------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------|
| J |                   |                 |      |      |                         | Jefe de fam.                    |                          |                |
| 2 |                   |                 |      |      |                         | Cónyuge                         |                          |                |
| 3 |                   |                 |      |      |                         | Otro adulto                     |                          |                |
| 4 |                   |                 |      |      |                         | Hijo / Hija                     |                          |                |
| 5 |                   |                 |      |      |                         | Hijo / Hija                     |                          |                |
| 6 |                   |                 |      |      |                         | Hijo / Hija                     |                          |                |
| 7 |                   |                 |      |      |                         | Otro                            |                          |                |

\* La persona discapacitada ha verificado una discapacidad determinada como continua y/o a largo plazo (más de 12 meses)

1. ¿Usted o algún integrante de su familia necesita un apartamento con acceso especial para silla de ruedas?  
\_\_\_ Sí. \_\_\_ No.

Si su respuesta fue que sí en las anteriores preguntas para cualquier integrante de su familia, podrá solicitar una Adecuación Razonable para discapacidad (rampa para silla de ruedas o una unidad sin escaleras, etc.). Será requerido verificar esa necesidad.

2. ¿Algún miembro de la familia está discapacitado o tiene un impedimento locomotor, auditivo o visual?  
\_\_\_ Sí.  
\_\_\_ No.

Si su respuesta fue que sí a la anterior pregunta para cualquier miembro de su familia, podrá solicitar Adecuación Razonable (detector de humo para personas con impedimento auditivo, etc.). Será requerido verificar esa necesidad.

3. ¿Si el jefe de familia y/o el cónyuge tiene 62 años de edad o más, o está discapacitado, ¿le gustaría vivir en una Propiedad para Personas de edad avanzada/Discapacitadas?

Sí.  
 No.

4. Si tiene 50 años de edad o más, ¿le gustaría vivir en una Propiedad para Personas de edad avanzada/Discapacitadas?

Sí.  
 No.

(Se llamará a los solicitantes con 62 años de edad o más antes que a los solicitantes con edades casi avanzadas entre 50 y 61 años). A los solicitantes de edad avanzada, los que estén casi en la etapa de edad avanzada o los discapacitados que no desean residir en una Propiedad Combinada de Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas se les colocará en la Lista Familiar.

5. Favor de marcar el número de recámaras que usted necesita:

1 recámara       2 recamaras       3 recamaras

6. Información de ingresos por familia: Por favor indique la fuente y el monto de todos los ingresos actuales percibidos por todos los miembros de la familia, incluido usted. Indique todos los ingresos y beneficios que reciben en su trabajo (de tiempo completo o parcial). AFDC / TANF, VA, Seguro Social, SSI, SSID, Desempleo, Jubilación, Compensación al Trabajador, así como aportaciones de fuentes externas, etc.

| Nombre del miembro de familia | Fuente de ingresos | Monto \$ | Frecuencia |     |     |
|-------------------------------|--------------------|----------|------------|-----|-----|
|                               |                    |          | Semana     | Mes | Año |
|                               |                    |          | Semana     | Mes | Año |
|                               |                    |          | Semana     | Mes | Año |
|                               |                    |          | Semana     | Mes | Año |
|                               |                    |          | Semana     | Mes | Año |

Yo/nosotros certifico/certificamos que las declaraciones de esta solicitud son fidedignas a mi/nuestro leal saber y entender y estamos conscientes de que serán verificadas. Yo/nosotros autorizo/autorizamos la revelación de información de mi/nuestro empleador/empleadores, del Departamento de Asistencia Pública, del Departamento del Seguro Social, y/o de otro organismo o agencia gubernamental. Yo/nosotros entiendo/entendemos que cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud causará mi/nuestra baja para la admisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Advertencia: La legislación 18 U.C.S. 1001 dispone, entre otras cosas, que quien a sabiendas e intencionalmente haga o utilice un documento o escrito que contenga declaraciones falsas o fraudulentas, o registros de cualquier naturaleza dentro de la jurisdicción de un departamento o agencia de los Estados Unidos será sancionado con una multa no mayor de \$10,000 o enviado a la cárcel por no más de cinco años, o incluso castigado con ambas penas.