



# District of Columbia Housing Authority

Client Placement Division  
1133 North Capitol Street, NE, Suite 178  
Washington, DC 20002

(202)535-1706 Ext 5  
DC Relay (202) 855-1234  
Fax (202)535-2043

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE VIVIENDA PUBLICA

Efectivo el 1 de diciembre de 2006, el Distrito de Instituto de la vivienda de Columbia (DCHA), la División de la Colocación de Cliente, cambiado a citas sólo proceso para aceptar las aplicaciones para albergar y actualizar información de aplicación de vivienda. Para planificar una cita para actualizar su información de la aplicación, contactar por favor la Línea de la Cita de la División de la Colocación de Cliente en (202) 435-3245 entre 8:30am-4:30 de la tarde. Para verificar la posición de su aplicación, contactar por favor la oficina en (202) 535-1706 Ext. 5 o por el Relevé de DC en (202) 855-1234.

### Escriba en letra de molde con bolígrafo

Apellido del solicitante	Nombre del solicitante	Numero de Seguro Social
Domicilio		Dirección para recibir correspondencia (Si es diferente del Domicilio)
Numero de telefono en Domicilio ( )		Numero de telefono en trabajo

### MARQUE EL PROGRAMA DE VIVIENDA QUE ESTA SOLICITANDO. PUEDE MARCAR MAS DE UNO:

Vivienda publica Public Housing  Sección 8, Certificado/Cupon  Sección 8 – Rehab Mod

### Información de la Familia: Liste el nombre del solicitante primero, los niños que viviran con usted en orden de edad, comenzando por el mayor. Liste después otras personas que viviran con usted.

Apellido, Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo M/F	Numero de Seguro Social para personas mayores de 6 años.
1.	Solicitante			
2.	Co-Solicitante			
3.				
4.				
5.				
6.				

Numero total de ocupantes que vivirán en el apartamento \_\_\_\_\_.

Usted o algun adulto que aparece en esta solicitud ha sido residente del Programa de Vivienda Publica o en el programa de Sección 8? ( )Si ( ) No Nombre de la Propiedad si vivio en Vivenda Publica:  
\_\_\_\_\_

**SI USTED VIVIO EN VIVIENDA PUBLICA EN EL PASADO O RECIBIO SECCION 8 Y DEBE RENTA, NO SE LE PUEDE AYUDAR HASTA QUE PAGUE EL SALDO DE LA DEUDA COMPLETAMENTE.**

Usted o cualquier otro miembro(s) de de familia que esta nombrado en la lista alguna vez ha sido arrestado o convicto en un caso criminal o involucrado en acoso sexual, o una actividad ilegal de drogas, posesión de armas, o violencia contra una persona o propiedad?  Si  No

Si por favor liste los miembros, crimen, cuando y adonde fue cometido:

Nombre	Crimen	Fecha	Ubicación
1.			
2.			
3.			

**EN QUE CONDICIONES ESTA VIVIENDO EN EL PRESENT? Marque la que le corresponda**

- Estoy sin vivienda; viviendo en programa de transición, viviendo en un albergue publico para indigentes, no tengo domicilio fijo.
- He sido evacuado debido a orden del gobierno, desastre (fuego, inundación), por orden del arrendador.
- Estoy sin vivienda debido a violencia domestica reciente y continua.
- Estoy sin vivienda debido a crímenes raciales recientes y continuos.
- No puede usar su vivienda porque el apartamento no es accesible, debido a que yo o un miembro de mi familia esta incapacitado.
- Estoy viviendo en un apartamento que esta en malas condiciones y esta en violación de las leyes/códigos de la vivienda.
- Estoy pagando mas del 50% de mi ingreso en renta, electricidad.

**FAMILIAS QUE TRABAJAN:- Yo (el solicitante) y/o mi esposo/esposa (Marque la categoría que le corresponda):**

- Esta trabajando al menos 20 horas a la semana;
- Trabaja independientemente/contratista/consultor;
- Esta asistiendo a un programa certificado de entrenamiento para obtener su Diploma;
- Esta participando en programa de entrenamiento en el trabajo que se pueda verificar;
- Su edad es 62 anos o mas; o
- Esta incapacitado.

**SI USTED MARCA LA PREFERENCIA DESABILITADO, PORFAVOR INDIQUE SI USTED O UN MIEMBRO DE FAMILIA INCAPACITADO NECESITAD AL GUNA CARATERISTICA ESPECIAL COMO MODIFICACION RAZONABLE**

- Silla de ruedas unidad accesible  Vivirá con usted un asistente/enfermera  Otros \_\_\_\_\_
- Un adjetivo de informática de oír  Una unidad sin escaleras
- La vista un adjetivo alojamiento  Nada

**INGRESO:**

**Liste a continuación de todos los miembros de su familia que viviran en su unidad.**

<u>Nombre del Familiar</u>	<u>Tipo de Ingreso</u>	<u>Cantidad Mensual</u>
1.		
2.		
3.		

**-INFORMACION PARA MODIFICACIONES RAZONABLES-**

La informacion reunida en esta seccion ayudara a DCHA a asistir de la mejor manera a personas incapacitadas. Su cooperacion es necesaria para identificar personas incapacitadas en la lista de espera de vivienda publica que requieren adaptaciones especiales en sus apartamentos, para que aprovechen las ventajas de la propiedades adminstradas por DCHA. Las modificaciones especiales se conocen como "modificaciones razonables." Una modificacion razonable es un cambio/procedimiento que se hace en un apartamento que permite a una persona incapacitada tener el mismo acceso a las oportunidades de viviendo que cualquier otra persona tiene. **NINGUNA PERSONA ESTA OBLIGADA A DECLARAR SU INCAPACIDAD. ESTA INFORMACION ES VOLUNTARIA.**

**No estoy solicitando modificaciones razonables en el presente.**

**Si usted require modificaciones razonables, conteste las siquientes preguntas:**

- Vivira con usted un asistente/enfermera?  Si  No  
(Antes de ser admitides, Assistentes?enfermera tendran que reunir los requisitos de admision.)
- Usted o un familiar necesita estacionamiento cercano para su vehiculo?  Si  No
- Usted o un familiar necesita estacionamiento para camioneta con techo alto o con elevador/plataforma para silla de ruedas?  Si  No
- Usted o un familiar necesita ayuda a diario con: (marque correspondientemente):  
 Usar el bano  Bano de Tina/Regadera  Comer  Vestirse  Limpieza  Ninguno
- Es dificil para usted o un familiar subir escaleras?  Si  No
- Usted o un familiar usa lo siguiente: (Marque correspondientemente):  
 Silla de ruedas  Andadera  Muletas  Baston  Otro (describa)\_\_\_\_\_
- Que modificaciones necesita en el bano usted o un miembro de su familia?  
(Marque correspondientemente)  
 Barandales/Barras  Ducha sin tina  Ducha manual con extensión  
 Asiento de bano elevado  Asiento de bano bajo  Extensiones en manijas del lavado  
 Otro (describa) \_\_\_\_\_
- Es dificil para usted o un miembro de su familia:  
 Abrir puertas  Abrir el refrigerador, estufa, horno de micro-ondas  
 Abrir las llaves del lavabo, tina, toietto.  Levantar  Alcanzar

Otro (describa) \_\_\_\_\_

9. Usted necesita:

- Que bajen los controles eléctricos  Que bajen el control del termostato  
 Ajustes en los lavabos, toilets, tinas, duchas/regaderas, etc.  
 Ajustes en el refrigerador, estufa, lavadora/secadora de ropa.  
 Ajustar la altura del mostrador/mesa en la cocina.  
 Otro (describa) \_\_\_\_\_

10. Usted o un miembro de su familia necesita señales/etiquetas con picos elevados (Braille) o letras moldeadas en su apartamento o áreas públicas del edificio  Si  No

11. Usted necesita luces para emergencias:

- Detector de humo/fuego  Timbre de puerta  Seguridad

12. Usted o un miembro de su familia necesita un perro guía?  Si  No

13. Usted o un miembro de su familia necesita modificaciones que no se mencionaron?  Si  No  
**Si la respuesta es SI, por favor indique como DCHA puede acomodar a su familia:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---



---

### RAZA/ORIGEN DEL SOCITANTE (para estadísticas solamente)

La siguiente información la requiere el Departamento Federal de la Vivienda y Desarrollo Urbano HUD para asegurarse que no exista discriminación en el programa.

**Raza:**

- Negro/Africano Americano  
 Blanco  
 Indio Americano/Nativo de Alaska/Esquimal  
 Asiático  
 Hawaiano/Islas del Pacifico  
 Otro \_\_\_\_\_

**Lenguaje principal hablado por el jefe de familia es ingles?** Si  No

no, por favor chequear el lenguaje que habla

- Español  
 Chino  
 Vietnamés  
 Coreano  
 Américo  
 Otro \_\_\_\_\_

**Origen:**

- Hispánico  No Hispánico

---



---

**Esta Solicitud DEBE ser firmada y con fecha para ser considerada completa.**

Declaro que la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que no he hecho declaraciones falsas, proporcionado información falsa u omitido información relacionada con esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante y Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Co-Solicitante y Fecha

**ATTENCION: Si informacion falsa es deliveradamente dada, su solicitud sera rechazada y es un crimen bajo la Seccion 1001, 18 del Codigo Federal de la Vivienda.**