



Actualización de la solicitud de vivienda

Si es un participante actual del programa, o residente, NO use este formulario de actualización. Informe cualquier cambio en su dirección, ingresos y composición familiar a su administrador de vivienda o a su especialista en recertificación. Si tiene cita para su determinación de elegibilidad o ya ha sido considerado elegible para cualquier programa de DCHA, debe realizar dichos cambios en persona en la División de Elegibilidad y Ocupación Continuada de DCHA, 1133 North Capitol Street, NE, Washington DC 20002.

Envíe el formulario completo a:
Eligibility and Continued Occupancy Division
1133 North Capitol Street, NE, Room 178
Washington, DC 20002

Si necesita ayuda para completar el formulario de actualización, puede visitar la División de Elegibilidad y Ocupación Continua de lunes a viernes entre las 8:30 am y las 4:30 pm. No es necesaria una cita. Para verificar el estado de su solicitud, llame al Centro de Atención al Cliente de DCHA – 202-535-1000, visite www.dchousing.org o el uso de TTY puede llamar a DC Relay al 202-855-1234.

POR FAVOR MARQUE TODOS LOS CAMBIOS QUE APLICAN:

- A. NUEVA DIRECCION [] – [Ir a la Sección A](#)
TELÉFONO NUEVO # [] – [Ir a la Sección A](#)
AGREGAR/ACTUALIZAR CORREO ELECTRÓNICO [] – [Ir a la Sección A](#)
- B. CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR [] – [Ir a la Sección B](#)
- C. CAMBIO EN LOS INGRESOS [] – [Ir a la Sección C](#)
- D. AGREGAR/QUITAR PREFERENCIA [] – [Ir a la Sección D](#)
- E. AÑADIR/ELIMINAR SOLICITUD DE ACOMODACIÓN RAZONABLE [] – [Ir a la Sección E](#)

SECCIÓN A - LA INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE SIEMPRE DEBE SER COMPLETADA. POR FAVOR INDIQUE CAMBIO DE DIRECCIÓN Y/O NÚMERO DE TELÉFONO:

Escriba en letra de imprenta su dirección postal actual. Asegúrese de incluir el número de apartamento, si corresponde, y el código postal. Escriba los números de teléfono de su casa y trabajo o cualquier otro número donde se le pueda localizar. Por favor escriba legiblemente.

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL # _____ - _____ - _____

DIRECCION: _____ DISTRITO/CONDADO _____

CUIDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____



Brenda Donald, Executive Director

SECCIÓN B – CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

Si hay un cambio en la composición de su familia, puede agregar o quitar miembros del hogar. Indique el nombre, la relación, la fecha de nacimiento, el sexo, la edad y el número de seguro social de todas las personas que vivirán en su unidad, incluyendo a usted.

Marque uno	NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	# S.S.
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	1.					
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	2.					
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	3.					
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	4.					
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	5.					
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	6.					
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	7.					
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	8.					

* adjunte una hoja para incluir información adicional sobre los miembros de la familia

SECTION C - INFORMACIÓN DE INGRESOS:

Si hay un cambio en los ingresos del hogar; indique el nombre, la fuente de ingresos, y la cantidad de ingresos recibidos por todos los miembros del hogar que vivirán en su unidad.

	NOMBRE	SOURCE OF INCOME	CANTIDAD POR MES
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	1.		
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	2.		
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	3.		
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	4.		
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> REMOVER	5.		

* adjunte una hoja para incluir información adicional sobre los miembros de la familia.



Brenda Donald, Executive Director

SECCIÓN D - DEFINICIÓN DE PREFERENCIA:

Para los solicitantes cuyas preferencias hayan cambiado, marque la preferencia adecuada que mejor describa su condición de vivienda actual. Marque todo lo que corresponda. Esta información debe verificarse en el momento de su entrevista de elegibilidad.

AGREGAR REMOVER

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sin hogar; vivir en una vivienda de transición, vivir en un refugio autorizado para personas sin hogar, o no tener una dirección fija. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desplazado debido a una acción del gobierno, un desastre (como un incendio o una inundación) o acciones realizadas por el dueño. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desplazado debido a violencia doméstica reciente o continua. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desplazados debido a crímenes de odio recientes o continuos. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No se puede usar completamente la vivienda actual debido a la inaccesibilidad de la unidad porque yo o un miembro de mi familia tiene una movilidad u otro impedimento. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vivir en una unidad no apta para habitar y tiene infracciones al código de construcción/vivienda. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actualmente pago más del 50 % de mis ingresos en alquiler y servicios públicos. |

FAMILIAS TRABAJADORAS — Yo (solicitante) y/o mi cónyuge es/somos (Marque todo lo que corresponda):

AGREGAR REMOVER

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actualmente trabajando al menos 20 horas por semana; |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actualmente autónomo; |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asistir a un Programa Certificado de Diploma de Equivalencia General (GED); |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Participar en un programa de capacitación laboral verificable; |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 62 años de edad o más; o |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Discapacitado (a) |



Brenda Donald, Executive Director

SECCIÓN E - INFORMACIÓN DE ACOMODACIÓN RAZONABLE:

Una adaptación razonable es un cambio que se puede realizar en una unidad o procedimiento para permitir que una persona con discapacidades tenga la misma oportunidad de vivienda que cualquier otro solicitante. La información proporcionada ayudará a DCHA a brindar un mejor servicio a aquellos solicitantes que requieran características especiales en sus unidades. Estas características especiales se conocen como "Acomodaciones razonables". Si marcó discapacitado en su solicitud, indique si usted o un miembro de su familia con discapacidad necesita solicitar o eliminar alguna de las características especiales enumeradas como adaptación razonable.

Si marcó la preferencia por discapacidad, indique si usted o un miembro de su familia con discapacidad necesita alguna de las siguientes características especiales como adaptación razonable:

- | <u>AGREGAR</u> | <u>REMOVER</u> |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unidad accesible para sillas de ruedas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hardware para personas con discapacidad auditiva |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Adaptaciones para personas con discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ayudante residente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unidad Sin Escalones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

La siguiente información es requerida con fines estadísticos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos para asegurar prácticas no discriminatorias en el programa.

¿El idioma principal que habla el cabeza de familia es el inglés?

- SI NO

Si 'No', seleccione el idioma hablado:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Amharic |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Koreano | |

La actualización DEBE estar firmada y fechada para que se considere completa.

Declaro que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y correctas y que no he hecho una declaración falsa, dado información falsa u omitido información en relación con esta solicitud.

Firma y fecha del solicitante

Firma y fecha del cosolicitante

ADVERTENCIA: Las declaraciones falsas son una base para el rechazo de su solicitud, el desalojo o la terminación de un programa y pueden ser un delito penal según la Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. para desarrollos con ayuda federal.