

**VIVIENDA PÚBLICA (PUBLIC HOUSING)**

**DECLARACIÓN PERSONAL PARA LLENAR UNA SOLICITUD DE VIVIENDA PÚBLICA**

Hay que llenar este formulario para que la Autoridad Metropolitana de Vivienda de Columbus (Columbus Metropolitan Housing Authority, CMHA) tramite y certifique su solicitud de Vivienda Pública. Usted debe usar el nombre legal correcto y vigente para cada miembro de su hogar, tal y como aparezca en su tarjeta de Seguro Social. Todos los miembros adultos del hogar (de 18 años o más) deben firmar este formulario haciendo constar que, a su leal saber, la información concerniente a ellos es veraz y completa.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle

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

 Ciudad Estado Código postal

1. **COMPOSICIÓN DEL HOGAR:**  (Personas que vivirán con usted de manera permanente).

 \* Hijo / hija / nieto / etc. \*\* Casado(a) / soltero(a) / separado(a) / divorciado(a) / viudo(a)

**\*\*\*** Códigos de raza / origen étnico: 1 - Blanco 2 - Negro 3 - Indígena americano 4 - Hispano 5 - Asiático o de las islas del Pacífico

Nombre Fecha de Número de Relación con el Género Estado Código de

 nacimiento Seguro Social jefe de familia**\*** M / F Civil**\*\*** raza**\*\*\***

1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Jefe de familia \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

7\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

9\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

11\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

12\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

**2**. **INGRESO FAMILIAR TOTAL:** Por favor responda **sí** o **no** a las siguientes preguntas. Encierre sus respuestas en un círculo.

**¿Recibe algún adulto de su hogar pagos de un programa de capacitación laboral local, estatal o federal?**

**Sí / No** De responder que sí, indique el miembro del hogar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_ al/a la \_\_\_\_\_\_ (semana/mes/año)

Por favor indique el programa de capacitación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe algún adulto del hogar ingresos de alguna de las fuentes siguientes?

**Sí / No** Salario de empleo (esto incluye todo ingreso devengado por cualquier miembro de la familia de 18 años o más). Por favor enumere todos los asalariados y sus empleadores:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salario semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salario semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** Pensión alimenticia y/o manutención infantil. De responder que sí, indique el monto: \_\_\_\_\_\_\_ semanal \_\_\_\_\_\_\_\_ mensual

**Sí / No** Trabajo por cuenta propia (por ejemplo: taxista, estilista, niñera, etc.) Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique el ingreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semanal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anual

**Sí / No** Pagos de Seguro Social, SSI (seguridad de ingreso suplementario) o SSDA (Seguro de Discapacidad del Seguro Social) recibidos por todos los miembros del hogar.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto de la prestación mensual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto de la prestación mensual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto de la prestación mensual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** Desempleo, compensación por discapacidad, compensación por incapacidad o indemnización por despido:

Fuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al/a la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semana/mes/año)

**Sí / No** Asistencia social ([Temporary Assistance for Needy Families, TANF] o programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas), anualidades, dividendos, intereses de pólizas de seguro, jubilación, pensión, compensación por discapacidad o defunción, y otros tipos de ingreso periódico similares. De responder que sí, por favor enumérelos.

Fuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al/a la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (semana/mes/año)

Fuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al/a la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (semana/mes/año)

Fuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al/a la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (semana/mes/año)

**Sí / No** ¿Tienen usted o algún miembro de la familia cualquier otro ingreso, tal como regalos o dinero, pagos de servicios básicos u otras cosas cotidianas esenciales que alguien que no sea una de las personas enumeradas como parte de su hogar les den de forma periódica? De responder que sí, indique quién los proporciona y el monto.

Fuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al/a la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semana/mes/año)

**Sí / No** ¿Hizo usted o algún adulto de su hogar una declaración de impuestos estatal o federal en los últimos 12 meses? De responder que sí, ¿para qué año fiscal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. ACTIVOS DEL HOGAR** Por favor responda **sí** o **no** a las siguientes preguntas.Encierre su respuesta en un círculo

 ¿Tienen usted o algún miembro adulto de su hogar cualquiera de los siguientes activos?

**Sí / No** Cuenta corriente Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** Cuenta de ahorro Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** Certificados de depósito o cuenta de inversiones Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** Cuenta fiduciaria Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** Acciones, bonos u otras formas de inversión que generen ingresos. De responder que sí, anótelos a continuación:

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

**Sí / No** Bienes raíces (casa, terrenos, inmuebles comerciales, propiedades de alquiler, etc.) De responder que sí, anótelos a continuación:

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

**Sí / No** ¿Han recibido usted o un miembro adulto de su hogar algún pago único, tal como una herencia, ganancias de capital, ganancias de lotería, un seguro u otro tipo de liquidación, u otro pago global no mencionado aquí? De responder que sí, anótelo a continuación.

Tipo/fuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** ¿Se han deshecho usted o un miembro adulto de su hogar de algún bien inmueble en los 2 años previos a esta certificación?

(Esto incluye cualquier activo cedido o vendido a cualquier persona, familiar u organización) De responder que sí, anótelo a continuación:

Indique el tipo de activo vendido o cedido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto recibido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. CRÉDITOS/DEDUCCIONES PARA EL HOGAR** Por favor responda **sí** o **no** a las siguientes preguntas.Encierre su respuesta en un círculo.

Gastos médicos:

**Sí / No** ¿Es usted una persona de edad avanzada (62 años o más), impedida o con una discapacidad?

**Sí / No** ¿Tiene previsto hacer gastos médicos/por medicamentos de prescripción médica en los próximos 12 meses que su seguro no pagará? De responder que sí, indique a quién se le deberán y calcule el monto que no pagará el seguro.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** ¿Paga usted seguro médico adicional? De responder que sí, indique el monto mensual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. GASTOS DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD**  Por favor responda **sí** o **no** a las siguientes preguntas. Encierre su respuesta en un círculo.

Hay una deducción del ingreso anual para los gastos previstos de asistentes personales y/o aparatos auxiliares para un miembro de la familia impedido o con una discapacidad, si dichos gastos le permiten a un miembro de la familia (incluido el que tiene la discapacidad) trabajar. Si satisface los requisitos para recibir esta deducción, por favor responda las siguientes preguntas.

**Preguntas de asistencia por discapacidad:**

**Sí / No** ¿Tiene previsto algún gasto para asistentes personales y/o equipo especial en los próximos 12 meses? De responder que sí, continúe.

**Sí / No** ¿Será este gasto reembolsado por una fuente externa tal como seguros, Medicare o subvenciones? De responder que sí, indique el monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** ¿El pago para asistentes personales se hace a un miembro de la familia que vive en el hogar? De responder que sí, no puede otorgarse la deducción.

**6. GASTOS DE CUIDADO INFANTIL** Por favor responda **sí** o **no** a la siguiente pregunta. Encierre su respuesta en un círculo.

Monto de los gastos de cuidado infantil actuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes

Nombre del menor (o los menores) que recibe(n) cuidado infantil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y dirección del prestador del servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sí / No** ¿Hay algún miembro de la familia mayor de 18 años que asista a una escuela o institución de artes y oficios a tiempo completo en busca de un diploma, certificado o título? De responder que sí, anote el nombre del estudiante, y el nombre y la dirección de la escuela:

Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. ACTOS DELICTIVOS** Por favor responda **sí** o **no** a la siguiente pregunta. Encierre su respuesta en un círculo.

**Sí / No** ¿Usted o alguien en su hogar han sido hallados o se han declarado culpables de algún acto delictivo violento o relacionado con las drogas en los últimos 18 meses? De responder que sí, proporcione los detalles del delito:

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

**Sí / No** ¿Están usted o algún miembro adulto de su familia registrados como delincuentes sexuales ante las autoridades locales?

De responder que sí, proporcione el nombre del miembro de la familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. OTRA INFORMACIÓN** Por favor responda **sí** o **no** a la siguiente pregunta. Encierre su respuesta en un círculo.

**Sí / No** ¿Alquila actualmente una unidad? De responder que sí, indique alquiler mensual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto que paga al mes por los servicios básicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arrendador actual o persona con la que vive: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono del arrendador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del arrendador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. CONSTANCIA SOBRE LA INFORMACIÓN**

Por la presente, hago/hacemos constar y afirmo/afirmamos que toda la información antes proporcionada sobre mi/nuestras persona(s) y sobre todos los miembros de mi/nuestro hogar es completa, veraz y correcta a mi/nuestro leal saber. Entiendo/Entendemos que cualquier tergiversación de la información sobre mi/nuestro ingreso, composición familiar, bienes, subvenciones, deducciones de ingresos y actos delictivos puede ser motivo para la denegación o terminación de los servicios de vivienda que recibo de la CMHA. También entiendo/entendemos que podría sometérseme/sometérsenos a un proceso civil y/o penal por rendir información falsa a la CMHA.

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

Jefe de familia Fecha Cónyuge Fecha

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

Otro adulto Fecha Otro adulto Fecha

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

Otro adulto Fecha Otro adulto Fecha

Si no le fue posible llenar este formulario de su propio puño y letra, por favor pídale a la persona que le ayudó que firme a continuación:

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_