

A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR

Nombre del Administrador: Cornerstone Community Action Agency

Calle: 114 Needham Street

Ciudad/Estado/Código postal: Coleman TX 76834

Condado: Coleman

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Nombre(s) del solicitante:

Calle:

Ciudad/Estado/Código postal:

Condado:

Correo electrónico:

Teléfono particular:

Teléfono móvil:

C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

(Incluir a todos los miembros del grupo familiar)

Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)	Parentesco con la Cabeza de familia	Fecha de Nacimiento	Género	Estado del estudiante FT = Tiempo completo PT = Tiempo parcial N/C=No corresponde	¿Recibe Ingresos?
1.	Cabeza de familia		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
8.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
9.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

D. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (continuación)

1. ¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?

No Sí, ¿quién?

2. ¿Algún miembro del grupo familiar mencionado anteriormente es un niño en cuidado sustituto?

No Sí, ¿quién?

3. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en la casa como acompañante

No Sí, ¿quién?

4. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal?

No Sí, ¿quién?

En caso afirmativo, indicar el motivo de la ausencia temporal:

5. ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses?

No Sí, explique :

E. ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA RECIBIDA ANTERIORMENTE

(Enumerar cualquier otra asistencia para la vivienda provista a miembro del grupo familiar o recibida por él)

Fuente	Cantidad	Fecha de recepción	Razón
1.FEMA: Agencia de Administración de Emergencias Federal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
2.SBA: Small Business Administration (Administración de pequeñas empresas) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
3.Sección 8: Desarrollo urbano y de viviendas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
4.TBRA: Programa de asistencia para el Inquilino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
5.Seguro de propietario de vivienda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
6.Otro (describir): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		

F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

1. ¿Alguien del grupo familiar presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado de TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario?

No Sí

Si la respuesta es afirmativa, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

¿Desempeña actualmente esa función? No Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario (tanto por lazos familiares como comerciales)? No Sí

Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

¿Desempeña actualmente esa función? No Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

G. INFORMACIÓN SOBRE LA ENAJENACIÓN DE ACTIVOS

1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? (si perdió el hogar debido a ejecución hipotecaria, bancarota o divorcio, responda que no): No Sí, ¿quién?

Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):

2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de un hogar durante los últimos dos años? No Sí, ¿quién?

¿Es actualmente propietario? No En caso negativo: ¿Cuándo se enajenó?

Sí En caso afirmativo: ¿Está alquilado? No Sí

¿Está vacío? No Sí

¿Está en proceso de venta? No Sí

H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Mencionar TODOS los ingresos de los miembros del grupo familiar, con excepción de los ingresos obtenidos del empleo de personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquier fuente esperados durante los próximos 12 meses	Cabeza de familia	cónyuge o Corresponsable	otros miembros adultos	Dependientes	Total
1. Salario N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
2. Salario N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
3. Pago de horas extras <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
4. Comisiones /Honorarios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
5. Propinas y bonos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
6. Ingreso temporal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
7. Ingreso de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
8. Interés / Dividendos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
9. Ingresos netos comerciales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
10. Ingreso neto de alquiler <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
11. Seguro Social <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
12. Seguro adicional Ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
13. Pensión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
14. Ingresos de retiro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
15. Asistencia familiar u obsequios recurrentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
16. Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
17. Indemnización por accidentes laborales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
18. Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
19. Manutención del niño <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Marcar el tipo: Asignado por el tribunal Voluntario Anticipado	\$	\$	\$	\$	\$
20. AFDC/TANF <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
21. Otro ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describa:	\$	\$	\$	\$	\$
				Ingreso total anual:	\$

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEO ACTUAL

1. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral:	
Nombre y dirección del empleador:			Ciudad:		Estado:
					Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana	Fax:

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL (continuación)

2. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral:	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax:
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral:	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax:
4. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral:	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax:

J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (*), indique el importe que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), descontando las penalizaciones por retiro anticipado, importes usados para cancelar un saldo y los aranceles que puedan aplicarse a la conversión).

Identifique todas las fuentes de activos	Efectivo Valor	Ingreso de activo (Interés / Dividendos)	Nombre de la institución financiera	Número de cuenta:
1. Cuenta corriente N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
2. Cuenta corriente N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
3. Cuenta de ahorros N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
4. Cuenta de ahorros N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
5. Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
6. Acciones, bonos, fondos mutuos* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
7. Inmuebles/hogar* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
8. Bienes raíces / Tierra* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
9. Cuenta(s) IRA/Keogh* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
10. Fondo(s) de pensión / jubilación* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
11. Fondo(s) fiduciario(s) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
12. Pagaré hipotecario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
13. Seguro de vida entera* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
14. Bienes personales mantenidos como inversión (gemas, monedas, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
15. Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
16. Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		

K. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOBRE NECESIDADES ESPECIALES: El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) solicita esta información para cumplir con los requisitos de informe solicitados por el HUD. Aunque el TDHCA apreciaría recibir esta información, usted puede elegir no presentarla. No será discriminado debido a esta información, ni tampoco si decide presentarla o no. Si no desea presentar esta información, coloque sus iniciales a continuación.

_____ No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar.
Iniciales del solicitante

Códigos del grupo étnico:

A - Hispano: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.

B – No hispano

Códigos de raza:

A- Blanco	F - Indio americano/nativo de Alaska/ blanco
B - Negro-afroamericano	G - Asiático/blanco
C - Asiático	H - Negro/afroamericano/blanco
D - Indio americano/nativo de Alaska	I - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericano
Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico	J - Otras razas múltiples

Códigos de necesidades especiales:

A - De la tercera edad	E - Residente de Colonia	J - Víctima de desastre
B - Persona con discapacidades*	F – VAWA/víctima de violencia doméstica	K – Veterano
C - Persona con VIH/SIDA	G - Persona sin vivienda	L - Combatiente herido
D - Persona con adicción al alcohol y/o drogas	H - Trabajador migratorio de granjas	M - El dinero sigue a la persona
	I - Residente de vivienda pública	

***Definición de discapacidad:** Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal actual o la adicción a una sustancia controlada.

	Código de origen étnico	Código de raza	Código(s) de necesidades especiales
1 (Cabeza)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del Programa HOME por el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre préstamos hipotecarios, empleo, activos, pasivos e ingresos. Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años deben firmar la Solicitud.

_____	_____	_____
Nombre en imprenta del solicitante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en imprenta del cosolicitante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto:	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto:	Firma	Fecha

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. establece que realizar declaraciones falsas intencionales o la provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.

Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.



DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
 Dirección física: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711
 Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.state.tx.us Sitio web:
 www.tdhca.state.tx.us



**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN**

La participación en el programa de Asistencia para la Renta Basado en el Inquilino de TDHCA requiere la determinación de un ingreso ajustado para calcular la cantidad que de la asistencia de subsidio a su hogar puede ser elegible. El ingreso ajustado también se utiliza para determinar el inquilino paga el alquiler de una casa requiere identificado como sobre la renta a la recertificación en un desarrollo casa en alquiler. La información divulgada en este formulario solo se utilizará para determinar las deducciones elegibles. Si no comprende alguna pregunta, por favor contacte al Administrador, al Propietario o a la Administración.

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente: _____

A. DEDUCCIÓN POR DEPENDIENTES (algunos miembros del hogar no son elegibles para esta deducción, independientemente de la edad, discapacidad o tipo de estudiante: cabeza del hogar, cónyuge, corresponsable, niño adoptado, niño no nacido, niño que aún no se incorporó a la familia, asistente con vivienda).

¿La casa consta de un miembro de la familia menores de 18 años? No Sí, ¿quién? _____
 ¿La casa consta de un miembro de la familia con discapacidad? No Sí, ¿quién? _____
 ¿La casa consta de un familiar quien es un estudiante de tiempo completo? No Sí, ¿quién? _____

B. DESCUENTO POR GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS

¿Es el hogar pagar por el cuidado de los niños de 12 años de edad o bajo? No Sí. ¿De quién? _____
 Si así es, por favor conteste lo siguiente:
 1. ¿El cuidado del niño permite al miembro adulto de la familia...? (marcar según corresponda) Buscar empleo Tener un empleo rentable Continuar con su educación (académica o vocacional) No Sí, ¿quién? _____
 2. ¿Algún miembro de la familia puede proporcionar cuidados durante las horas que se requiere el cuidado? No Sí
 3. ¿El cuidado de niños es provisto por un miembro de la familia? No Sí, ¿quién? _____
 4. ¿El grupo familiar recibe un reembolso de unas agencias externas o individuales? No Sí, ¿quién? _____

C. DEDUCCIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD

¿El hogar paga por el cuidado de asistentes y/o un aparato auxiliar? No Sí. ¿De quién? _____
 Si así es, por favor conteste lo siguiente:
 1. ¿El cuidado y/o el uso de un aparato auxiliar permiten trabajar a un miembro adulto del grupo familiar? No Sí, ¿quién? _____
 2. ¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia yo/ persona por estos costos? No Sí, ¿quién? _____
 3. Identificar el tipo de cuidado y/o aparato que se paga: _____

D. DEDUCCIÓN POR FAMILIAR DE LA TERCERA EDAD O DISCAPACITADO

¿La cabeza de la familia, cónyuge o corresponsable es mayor de 62 años? No Sí, ¿quién? _____
 ¿La cabeza de la familia, cónyuge o corresponsable presenta una discapacidad? No Sí, ¿quién? _____

E. DEDUCCIÓN POR GASTOS MÉDICOS (si su hogar es elegible para la deducción que figura en "D" entonces los gastos médicos de TODOS los miembros del grupo familiar pueden ser elegibles para la deducción)

Identificar los siguientes gastos médicos	Costos anuales estimados	¿Se puede proporcionar asistencia para los gastos?
Medicare <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Copagos por visitas médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos de medicamentos recetados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos por deducciones médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Costos de medicamentos de venta libre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia yo/ persona por alguno de estos costos? No Sí, ¿quién? _____
 ¿El grupo familiar tuvo algún gasto médico único, no recurrente? No Sí. Explicar. _____

F. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/RESIDENTE

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta,

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente _____

Firma _____

Fecha _____

Advertencia: La sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito hacer declaraciones falsas o fraudulentas en forma premeditada a cualquier departamento o agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.

**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN	
Nombre del Administrador/Propietario/Administración: Cornerstone Community Action	Número de TDHCA:
Persona de contacto: Mayra Martinez	Cargo de la persona de contacto: Director
Domicilio: 114 Needham Street, Coleman TX 76834	Teléfono: 325-625-4167
Correo electrónico: mayram@ctoinc.org	Fax: 325-625-3335

II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente:

Yo/nosotros _____, el/los que suscribe/suscriben, por el presente autorizo/autorizamos a todas las personas o compañías en las categorías que se mencionan a continuación a divulgar información sobre el empleo, ingreso y/o activos con el propósito de verificar la información en mi/nuestra solicitud para la participación en el Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés). Yo/nosotros autorizo/autorizamos la divulgación de la información sin responsabilidad alguna del administrador/propietario/administración que figuran anteriormente, y/o el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y/o el proveedor de servicios del Departamento.

INFORMACIÓN CUBIERTO

Yo/nosotros comprendo/comprendemos que puede necesitarse información anterior o actual sobre mí/nosotros. Las verificaciones y consultas que pueden solicitarse incluyen, pero no limitado/a: identidad personal, tipo de estudiante, empleo, ingreso, activos y subsidios médicos o para el cuidado de niños. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que esta autorización no puede usarse para obtener información sobre mí/nosotros que no se relacione con mi elegibilidad y la continuación en la participación del Programa de Vivienda Asequible del TDHCA.

GRUPOS O PERSONAS A QUIENES SE PUEDE CONSULTAR

Los grupos o personas a quienes se puede solicitar la divulgación de la información anterior incluyen, pero no limitado/a:

Empleadores actuales y presentes	Agencias de bienestar	Administraciones de veteranos
Proveedores de asistencia y manutención	Agencias estatales de desempleo	Sistemas de retiro
Instituciones educativas	Administración del Seguro Social	Proveedores de atención médica y cuidado de niños
Bancos y otras instituciones financieras	Proveedores de servicios públicos	Propietarios de viviendas anteriores
Agencias públicas de viviendas	Distritos de tasación	Operador de seguros

III. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo/nosotros acepto/aceptamos que puede usarse una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización se encuentra archivado y **permanecerá en vigencia por un año y un mes** desde la fecha de firma. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que yo/nosotros tengo/tenemos el derecho de revisar este archivo y corregir la información incorrecta.

_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante conjunto/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto	_____ Firma	_____ Fecha

NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE UTILIZARSE PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. SI SE REQUIERE UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DEBE COMPLETARSE EL FORMULARIO 4506 DEL IRS, "SOLICITUD DE UNA COPIA DE UN FORMULARIO IMPOSITIVO" Y FIRMARSE POR SEPARADO.