



BOSTON HOUSING AUTHORITY
 Leased Housing
 52 Chauncy Street, Floor 1, 4, & 5
 Boston, Massachusetts 02111

Teléfono: 617-988-4000
 TDD: 800-545-1833 x420
www.BostonHousing.org

(Esta información está disponible en formato alternativo a petición.)

***** ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO Y ENTREGADO A SU OFICIAL DE ARRENDAMIENTO *****

Cuestionario de Recertificación (por favor complete todas las páginas y sométalas con su solicitud)

| | | |
|--------------------------------|-----------------------|----------------|
| Nombre del/la Jefe de Familia: | | |
| Dirección: | Ciudad: | Código Postal: |
| Teléfono del Hogar: | Teléfono del Trabajo: | |

COMPOSICION FAMILIAR - Liste todos los que viven con usted en su nueva unidad.

| Nombre / Apellido | Relación con el Jefe de Familia | # de Seguro Social | ¿Discapacitado? | Sexo | Fecha de Nacimiento | Raza/ Origen Etnico |
|-------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------|------|---------------------|---------------------|
| 1. | JEFE DE FAMILIA | | S / N | M/ F | | |
| 2. | | | S / N | M/ F | | |
| 3. | | | S / N | M/ F | | |
| 4. | | | S / N | M/ F | | |
| 5. | | | S / N | M/ F | | |
| 6. | | | S / N | M/ F | | |
| 7. | | | S / N | M/ F | | |
| 8. | | | S / N | M/ F | | |
| 9. | | | S / N | M/ F | | |
| 10. | | | S / N | M/ F | | |

*** Añadir otros miembros del hogar requiere previa aprobación de BHA y del propietario.

Nota: Cualquier cambio de nombre en su familia debe ser verificado con documentación legal.

IDIOMAS

¿Usted (jefe de familia) u otro co-jefe de familia habla inglés? SI NO

¿Qué idioma habla el jefe de familia o co-jefe de familia? _____

¿Usted (jefe de familia) otro el/la co-jefe de familia lee inglés? SI NO

¿Qué idioma lee el jefe de familia o co-jefe de familia? _____

INGRESOS

- (1) **Ingresos por Empleo** - ¿Usted o algún miembro de su familia que tiene 18 años o más de edad recibe ingresos por empleo? **SI** **NO**

Si no, pase a la siguiente pregunta. Si contestó **sí**, complete la información requerida y **traiga los cuatro comprobantes de pago más recientes y consecutivos**. **Debe** incluir información sobre ingresos adicionales en otra hoja de papel.

| | | | |
|--------------------------|------|------------|----------------|
| Miembro de Familia: | | Empleador: | |
| Dirección del Empleador: | | Ciudad: | Código Postal: |
| Teléfono del Empleador: | Fax: | Cantidad: | /por: |
| Miembro de Familia: | | Empleador: | |
| Dirección del Empleador: | | Ciudad: | Código Postal: |
| Teléfono del Empleador: | Fax: | Cantidad: | /por: |
| Miembro de Familia: | | Empleador: | |
| Dirección del Empleador: | | Ciudad: | Código Postal: |
| Teléfono del Empleador: | Fax: | Cantidad: | /por: |

- (2) **Empleo por cuenta propia/Ingresos por Negocios** - ¿Usted o algún miembro de la familia reciben ingresos procedentes del trabajo o de una empresa propiedad del miembro de la familia? **SI** **NO**

Si contestó no, pase a la pregunta siguiente. **Si contestó sí**, complete lo siguiente y **propvea** a BHA el formulario 1040 del IRS y todos los horarios:

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad Anual |
|--------------------|--------|----------------|
| | | |

- (3) **Ingreso por Plan de Retiro** - ¿Usted o alguno de sus familiares recibe ingresos del Seguro Social, planes de retiro, anualidades, cuentas IRA u otras fuentes de jubilación? **SI** **NO**

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. **Si contestó sí**, complete lo siguiente y **traiga el estado más reciente** de cada cuenta.

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad | Frecuencia |
|--------------------|--------|----------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- (4) **Activos/bienes muebles o inmuebles/Cuentas bancarias** - ¿Usted o algún miembro de su hogar posee bienes raíces o personales (es decir, activos) en cualquiera de las siguientes formas: cuentas bancarias, bienes raíces, acciones o bonos, otros activos? **SI** **NO**

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. Si contestó sí, complete lo siguiente y **traiga cualquier estado** a su cita programada. Incluya cada activo en una línea independiente.

| Miembro de Familia | Fuente/Nombre del Banco | Tasa de Interés | Ingreso Anual |
|--------------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | | | |
| | | | |

- (5) **Ingreso de Seguro Social / Compensación a los Trabajadores/Pagos en Lugar de Ganancias** - ¿Usted o alguno de sus familiares reciben ingresos por cualquiera de las siguientes fuentes: ingresos por desempleo, SSI o SSDI, pagos por Seguro de Accidente o Médico, o Compensación médica a los Trabajadores? **SI** **NO**

Puede que se le requiera buscar verificación de la Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Puede buscar verificación por teléfono al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) o en la página web <http://www.ssa.gov/espanol/serviciosporinternet/>. Participantes no deben de ir en persona al SSA.

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. Si contestó sí, complete lo siguiente y **traiga la declaración** más reciente de la fuente para comprobar el pago:

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad | Frecuencia |
|--------------------|--------|----------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- (6) **Regalos y Becas** - ¿Usted o algún miembro de la familia reciben un regalo regularmente (al menos dos veces al año durante dos o más años, o \$2000 o más una vez al año durante dos o más años)? **SI** **NO**

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. Si contestó sí, complete lo siguiente y **traiga el nombre y dirección** más reciente de la fuente para comprobar el pago.

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad | Frecuencia |
|--------------------|--------|----------|------------|
| | | | |

- (7) **Asistencia Pública/ Bienestar Público** - ¿Usted o alguno de sus familiares reciben ingresos de asistencia pública (TANF) o cupones de alimentos? **SI** **NO**

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. Si contestó sí, complete lo siguiente y traiga los estados más recientes.

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad | Frecuencia |
|--------------------|--------|----------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- (8) Apoyo a Menores (Manutención de Niños/Seguro Social)** - ¿Algún miembro de su familia recibe pagos para el sostenimiento de menores de edad o estudiantes a tiempo completo que tienen menos de 25 años de cualquiera de las siguientes fuentes: *Manutención de los hijos, Seguro Social, Pagos de Cuidado de Crianza Temporal, Pagos por Adopción Asistida, Otras Fuentes de Asistencia Pública?* SI NO

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. **Si contestó sí**, complete lo siguiente y traiga una orden de la corte, estados, o la dirección y teléfono del proveedor individual:

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad | Frecuencia |
|--------------------|--------|----------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- (9) Juegos de azar** - ¿Algún miembro de la familia recibió ingresos de la lotería o juegos de azar en el año pasado?
 SI NO

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. **Si contestó sí**, complete lo siguiente.

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad | Frecuencia |
|--------------------|--------|----------|------------|
| | | | |

- (10) Ayuda independiente/Pensión Alimenticia del cónyuge** - ¿Usted o algún miembro de la familia recibe pagos por pensión alimenticia o ayuda independiente de apoyo? *No incluya los pagos por cuidado de crianza temporal.* SI NO

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. **Si contestó sí**, complete lo siguiente y traiga una orden de corte, estados, o la dirección y teléfono del proveedor individual:

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad | Frecuencia |
|--------------------|--------|----------|------------|
| | | | |
| | | | |

- (11) Fideicomisos o Herencias** - ¿Algún miembro de su familia recibe regularmente ingresos de un fideicomiso, herencia o sucesiones?
 SI NO

Si contestó no, pase a la siguiente pregunta. **Si contestó sí**, complete lo siguiente y **traiga su estado más reciente** que muestre ingresos y período de pagos:

| Miembro de Familia | Fuente | Cantidad | Frecuencia |
|--------------------|--------|----------|------------|
| | | | |

(12) Certificación de Cero Ingresos (para cada adulto miembro de la familia que no reciba ningún ingreso)

1. Yo, _____, por la presente certifico que actualmente no recibo, ni anticipo recibir ingresos procedentes de cualquier fuente dentro de los próximos doce meses. Firmado bajo Pena y Sanciones de Perjurio.

Firma del Miembro de la Familia

Fecha

2. Yo, _____, por la presente certifico que actualmente no recibo, ni anticipo recibir ingresos procedentes de cualquier fuente dentro de los próximos doce meses. Firmado bajo Pena y Sanciones de Perjurio.

Firma del Miembro de la Familia

Fecha

DEDUCCIONES

I. Médicas – Complete si tiene por lo menos 62 años de edad o es discapacitado. Además de responder a las siguientes preguntas, ***por favor traiga también*** cualquier copia impresa de la farmacia o facturas de medicinas o visitas médicas que anticipa que tendrá que pagar dentro de los próximos 12 meses.

¿Paga usted de su propio bolsillo por su seguro médico? SI NO

¿Paga usted por medicamentos recetados? SI NO

¿Tiene algún medicamento sin receta (fuera del mostrador) que su médico le ha solicitado que use de manera regular? SI NO

¿Tiene alguna cuenta médica pendiente por la que está pagando? SI NO

II. Gastos de Cuidado Infantil o Cuidado de un Familiar Discapacitado

¿Tiene gastos por cuidado infantil para un niño o niños menores de 13 años de edad o gastos por el cuidado de un familiar con discapacidad a fin de que usted pueda trabajar, o asistir a la escuela?

| | | | |
|---------------------------------|-----------|----------------------------------|----------------|
| Personas que necesitan cuidado: | | Nombre del proveedor de cuidado: | |
| Dirección del proveedor: | | Ciudad: | Código postal: |
| Teléfono del proveedor: | Facsímil: | Cantidad: | /por: |
| Personas que necesitan cuidado: | | Nombre del proveedor de cuidado: | |
| Dirección del proveedor: | | Ciudad: | Código postal: |
| Teléfono del proveedor: | Facsímil: | Cantidad: | /por: |

III. Situación de Estudiantes a tiempo completo - ¿Algunos de los miembros de su familia son mayores de 18 años y estudiantes de tiempo completo? En caso afirmativo, favor de proporcionar la siguiente información.

| Miembro de la Familia | Escuela | Información de Contacto de la Escuela |
|-----------------------|---------|---------------------------------------|
| | | |
| | | |

USO DE INTERNET

¿Le gustaría recibir información importante de LA BHA por correo electrónico? SI NO

Si contestó que sí, ¿a qué dirección de correo electrónico se le enviará información? _____

CERTIFICACION DE ACTIVIDAD CRIMINAL

Yo _____, por la presente certifico que ni yo, ni ninguno de los miembros de mi familia, ni los que estoy proponiendo añadir a mi composición familiar, en la actualidad, o en los últimos 12 meses han participado en ninguna actividad relacionada con drogas y/o actividades criminales violentas.

CERTIFICACION DE PINTURA DE PLOMO

Yo _____, por la presente certifico que el LA BHA me ha informado de que: (1) cualquier niño que viva conmigo y tiene menos de seis (6) años de edad debe hacerse la prueba de niveles elevados de plomo en la sangre ("EBL", por sus siglas en inglés); (2) los inspectores de LA BHA no realizan pruebas de pintura con base de plomo en los apartamentos, (3) el LA BHA le ordenará al propietario que realice una prueba de pintura con base de plomo sólo cuando se pida, y si algún miembro de la familia que sea menor de seis (6) años de edad tiene un EBL igual o mayor de 20 ug/dl en una sola prueba, o de 15-19 ug/dl en dos pruebas consecutivas con tres o cuatro meses de separación, o si está envenenado con plomo. Certifico además, que recibí una copia del folleto de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) titulado "Proteja a Su Familia Contra el Plomo en el Hogar".

Un niño(a) menor de 6 años de edad en mi composición familiar tiene un nivel elevado de plomo en la sangre EBL

SOLICITUD DE DETECTOR VISUAL DE HUMO

Yo, _____ por la presente certifico que he sido informado de que puedo obtener un detector visual de humo si hay una persona con problemas auditivos que vive en mi hogar.

CERTIFICACION POR JEFE DE FAMILIA – NINGUNA RELACIÓN AL PROPIETARIO DE LA UNIDAD

Yo, por la presente certifico que ni yo y ningún otro miembro de mi hogar somos pariente, niño(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a) del propietario(s) de la propiedad en la cual yo/nosotros vivimos y para la cual recibimos un subsidio de sección 8. A menos que BHA haya determinado (Y le ha avisado de tal determinación al propietario y la familia) que el aprobar el alquiler de la unidad a, pesar de la relación, le proveerá una acomodación razonable a un miembro de la familia que es una persona con discapacidades.

CERTIFICACIÓN DE INFORMACION VERIDICA Y COMPLETA DE LA FAMILIA

Yo/nosotros, certificamos que la información dada a LA BHA sobre la composición del hogar, ingresos, activos netos de la familia, subsidios y deducciones es verdadera y completa según mi mejor conocimiento y entender. Yo/nosotros, entendemos que dar declaraciones o información falsa puede ser motivo de castigo conforme a las leyes federales y estatales. Yo/nosotros, también entendemos que el dar información falsa o no proporcionar información completa, puede ser motivo para la terminación de asistencia de vivienda. Yo/Nosotros adicionalmente entendemos que estamos requeridos a reportar cualquier aumento de ingreso económico de \$200.00 o más al mes por escrito a BHA dentro de 30 días de haber recibido el aumento. No hacerlo puede ser razón para la terminación de su asistencia de vivienda. Firmado bajo penas y sanciones de perjurio:

JEFE DE FAMILIA (firma)

FECHA

CO-JEFE (firma)

FECHA

Tenga en cuenta que si usted no puede asistir a esta cita y completar este cuestionario, su vale de opción de vivienda puede ser cancelado.

Si usted es una persona con discapacidad y necesita ayuda especial para completar su recertificación anual, por favor contacte a su oficial de arrendamiento y se harán arreglos para acomodar sus necesidades.