

**BOSTON HOUSING AUTHORITY**

Occupancy Department  
617-988-3400  
56 Chauncy Street  
Boston, Massachusetts 02111-2375



TDD 1-800-545-1833 Ext. 420  
www.BostonHousing.org

(Este formulario está disponible en un formato alternativo si es pedido.)

**FORMULARIO DE AUTO-CERTIFICACION DE PRIORIDAD UNO PARA  
EL PROGRAMA DEL VALE DE SELECCION DE VIVIENDA DE SECCION 8**

NOTA: LAS SOLICITUDES QUE SEAN SOMETIDAS SIN EL FORMULARIO DE AUTO-CERTIFICACION PRIORIDAD UNO COMPLETADO, FIRMADO Y FECHADO, SERAN DENEGADAS Y NO SERAN CONSIDERADAS EN LA LISTA DE ESPERA DEL PROGRAMA DE SECCION 8.

**NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:** \_\_\_\_\_ **#S.S:** \_\_\_\_\_

Por favor, marque sólo la prioridad o el estado de prioridades que verifica su situación de vivienda actual. Cuando complete, firme y entregue este certificado usted ya debe estar en la situación específica que está certificando. Se le pedirá que presente la verificación por terceras partes enumeradas durante el proceso de determinación de elegibilidad final. Durante ese proceso, vamos a verificar si usted cualifica para la(s) prioridad(es) de auto-certificación y si cualifica, continua el proceso de evaluación final para determinar si va a ser un participante elegible para el Programa del Vale de Selección de Vivienda de Sección 8 de BHA.

Tenga en cuenta, que si se determina que **conciente y voluntariamente ha falsificado la información** auto-certificando un estado de prioridad para una situación de vida en la que no se encuentra actualmente, **será inelegible por un periodo de tres (3) años.**

**CATEGORIA DE PRIORIDAD-**

**Desastre:** El desplazamiento es debido a un desastre, como por ejemplo inundaciones o incendios, que resulten en la imposibilidad de vivir en el apartamento o unidad de vivienda de usted y que no sea culpa de usted y/o cualquier miembro(s) de la familia o que esté fuera de su control. **La verificación debe incluir:**

- ♦ Una copia del informe de su contrato de arrendamiento, o una declaración del dueño de la propiedad, verificando que es o era el inquilino en el contrato de arrendamiento en la dirección afectada, **y**
- ♦ Verificación de que la vivienda es inhabitable ahora, **y** la causa del desastre, si se conoce, que venga del Departamento de Bomberos, del Departamento de Servicios de Inspección, del Departamento de Salud u otro organismo apropiado.

**Condenación:** Su apartamento ha sido declarado no apto para ser habitado por una agencia del gobierno sin culpa propia. **La verificación debe incluir:**

- ♦ Verificación de la condenación de la unidad o agencia de gobierno apropiada como el Departamento de Servicios de Inspección o el Departamento de Salud certificando que usted ha sido desplazado(a) o será desplazado(a) en los próximos noventa días, como resultado de la intervención de dicha agencia; **y**
- ♦ La razón precisa por el desplazamiento

**Desalojo por Orden de la Corte/Sin Culpa:** Desalojo de conformidad con una Orden de Sentencia (o Acuerdo de Sentencia) dictada por un tribunal debido a: la acción del Propietario más allá de la capacidad de usted para controlar o prevenir y la acción se produjo a pesar de que usted haya cumplido con todas las condiciones de ocupación impuestas con anterioridad. **La verificación debe incluir ( todos los documentos son requeridos):**

- ♦ Un "Certificado de Desplazamiento Involuntario por orden de la corte/Desalojo Sin Culpa" totalmente completado.
- ♦ Una copia del aviso previo al desalojo expedido por el propietario o administrador de la propiedad; **y**
- ♦ Una copia de la Citación y Querrela disponible en la corte; **y**
- ♦ Una copia de la Sentencia de la corte (Acuerdo de Sentencia, Orden de Sentencia y Comprobaciones de Hecho, o Sentencia por Defecto); **y** si aplica, una copia de la ejecución dictada por la corte

**Desplazamiento Debido a Violencia Doméstica/Violencia entre Parejas/ Asalto Sexual o Acoso:** Que se define como desplazamiento de una dirección en la que usted es/era el inquilino(a) en el contrato de arrendamiento debido a continuos actos de violencia física o amenazas (incluyendo el abuso sexual) contra uno o más de los miembros del hogar. La verificación debe incluir la presentación de un "Certificado de Desplazamiento Involuntario Debido a Violencia Doméstica/Violencia entre parejas/ Asalto Sexual o Acoso" totalmente completado, verificación por escrito de terceras partes del departamento de policía local, una agencia de servicios sociales, un tribunal de jurisdicción competente, un miembro del clero, un médico, o una facilidad de servicios públicos o privados que proporcione refugio o asesoramiento a las víctimas de violencia doméstica. **La verificación debe incluir:**

- ♦ El nombre del miembro de la familia amenazante o abusivo u otro ocupante legal en la unidad;
- ♦ Descripción de cómo llegó la situación a la atención del verificador; **y**
- ♦ Verificación de que las amenazas o la violencia son recientes (en los últimos seis (6) meses) o de carácter permanente si usted esté residiendo en la vivienda donde ha ocurrido la violencia o está ocurriendo.
- ♦ Indicación de que usted ha sido desplazado(a) por las amenazas o la violencia, o que usted está en peligro inminente donde usted reside ahora.
- ♦ Usted debe proporcionar el nombre y la dirección del abusador **Y** proveer documentación de que usted es o era el/la inquilino en el contrato de arrendamiento.

**NOTA: Las personas que viven en viviendas públicas NO cualifican en esta categoría de Prioridad a menos que se demuestre que la autoridad de vivienda no pudo transferir a su familia a una vivienda alternativa adecuada.**

**Prevención de Represalias/Protección de Testigos:** Una reubicación es necesaria debido a que usted o un miembro de su familia proporcionó información o testimonio sobre actividades delictivas a una agencia del orden público; y basándose en una evaluación de la amenaza, una agencia del orden público recomienda la reubicación de la Familia para evitar o minimizar el riesgo de violencia contra miembros del hogar como represalia por proporcionar dicha información.

**La verificación debe incluir:** Presentación de un "Certificado de Desplazamiento Involuntario para Evitar Represalias" completado o documentación de un organismo del orden público que usted o un miembro del hogar proporcionó información sobre actividades delictivas;

Documentación que, después de una evaluación de la amenaza realizada por la agencia, la agencia del orden público recomienda el traslado o el realojamiento de la familia para evitar o reducir al mínimo la amenaza de violencia o represalia en contra los miembros del hogar por proporcionar dicha información. Esto incluye situaciones en las cuales usted o miembros de la familia son víctimas de esos delitos y han proporcionado información (testimonio) a una agencia del orden público.

**NOTA: Las personas que viven en viviendas públicas NO cualifican en esta categoría de prioridad a menos que se demuestre que la autoridad de vivienda no podía transferir a su familia a una vivienda alternativa adecuada.**

**Víctima de Crímenes de Odio:** Presentación de un "Certificado de Desplazamiento Involuntario por Crímenes de Odio" completado para comprobar que un ocupante legal del Hogar ha sido víctima de uno o más crímenes de odio Y la familia ha dejado vacante una unidad de vivienda a causa de este crimen, O el temor asociado con el delito ha destruido el disfrute pacífico de la unidad de vivienda. **Verificación debe incluir:**

- ◆ Documentación de un organismo del orden público explicando que el miembro o miembros de la familia fueron víctima de ese delito, y han dejado vacante la vivienda a causa de ese delito o han experimentado el miedo asociado con este tipo de delincuencia y el miedo ha destruido el disfrute pacífico de su vivienda actual.

**NOTA: Las personas que viven en viviendas públicas NO cualifican en esta categoría de prioridad a menos que se demuestre que la autoridad de vivienda no podía darle traslado a su familia una vivienda alternativa adecuada.**

**Otra Acción Gubernamental:** Su familia está obligada a mudarse permanentemente de su residencia por autoridades Federales, Estatales, o Locales por una acción gubernamental como por ejemplo la ejecución de código, mejoramientos públicos, o un programa de desarrollo. **Verificación debe incluir:**

- ◆ Una notificación por escrito de terceras partes de la unidad o agencia del gobierno que certifique que su familia ha sido desplazada o se va a desplazar en los próximos noventa días, como resultado de la acción de la agencia; y
- ◆ La razón(es) precisa para este desplazamiento.

**NOTA: Las personas que viven en viviendas públicas NO cualifican en esta categoría de prioridad a menos que se demuestre que la autoridad de vivienda no podía darle traslado a su familia a una vivienda alternativa adecuada.**

**La inaccesibilidad de un elemento crítico de su unidad de vivienda actual:** Un miembro de la familia tiene un impedimento de movilidad o de otro tipo que hace que la persona no pueda utilizar un elemento crítico de la vivienda o desarrollo actual Y el propietario no está obligado legalmente (bajo la ley de Acomodación Razonable) a realizar cambios en el apartamento o vivienda que harían accesibles estos elementos críticos para el miembro del hogar con la discapacidad. **Verificación debe incluir:**

- ◆ Un "Certificado de Desplazamiento debido a Inaccesibilidad a la Unidad de Vivienda" completado incluyendo el nombre del miembro del hogar que es incapaz de utilizar el elemento crítico Y
- ◆ Una declaración escrita de un Proveedor Cualificado de Salud verificando que el miembro del hogar tiene una Discapacidad (pero no necesariamente la naturaleza de la Discapacidad) y que identifique el elemento crítico de la vivienda que no es accesible y las razones por las que no es accesible; y
- ◆ Una declaración del propietario o funcionario de gobierno u otro organismo que proporciona servicio a las Personas con Discapacidad explicando el motivo o motivos por los que el propietario no está obligado a hacer cambios que harían la vivienda accesible para el individuo como una acomodación razonable.

**Falta de Vivienda:** Una Familia carece de una vivienda fija, regular y suficiente durante la noche y la vivienda nocturna principal es uno de los siguientes: a) Un refugio supervisado público o privado destinado a proporcionar alojamiento temporal de vida (incluye hoteles de bienestar, los refugios donde se congregan y viviendas de transición), b) un organismo público o privado que no está diseñado o que no es utilizado como un lugar regular para dormir seres humanos. c) Un solicitante o un miembro de su familia sufre de una condición severa o una inhabilidad que impide que esta persona de resida en un refugio público o privado. (i) Para propósitos de esta sección, la Autoridad de vivienda considerará la condición de una persona como severa cuando el tratamiento médico no puede ser provisto en un ambiente de refugio debido al alto riesgo de poner en peligro la salud del individuo o exacerbar la condición como verificado por un proveedor médico.

\* Note: Las personas que viven con inquilinos en viviendas privadas o subvencionadas NO califican como personas sin hogar, excepto para aquellos solicitantes descritos en la categoría "c" anterior.

**Verificación debe incluir:** Presentación de un "Certificado de Falta de Vivienda" completado en su totalidad por una fuente apropiada y declaración firmado por el solicitante que indique que carece de una vivienda fija, regular y suficiente durante la noche y la vivienda nocturna principal es:

- ◆ Un refugio supervisado público o privado diseñado para proporcionar alojamiento temporal (por ejemplo, hoteles de bienestar, refugios congregados y vivienda transicional), o
- ◆ Un lugar público o privado no diseñado o utilizado como un lugar de dormir regular para los seres humanos.
- ◆ Una verificación por escrito de una tercera parte de una agencia pública o privada que provea refugio para personas sin hogar, el departamento de policía local o una agencia de servicios sociales, certificando la condición de sin hogar del Solicitante de acuerdo con la definición de esta política; o,
- ◆ Verificación por escrito de un proveedor médico de que el individuo no puede vivir en un refugio público o privado, o cualquier otro lugar inapropiado para la habitación humana debido a la condición médica o discapacidad severa del solicitante.

**Graduados de Unidades Basadas en Proyectos quienes cumplieron con metas de Servicios de Apoyo:** Un participante en un programa de vivienda transicional para personas ancianas o con una discapacidad el cual incluye un componente de servicios de apoyo y donde el participante ha sobrepasado o completado el programa de servicios de apoyo. **Verificación debe incluir:**

- ◆ Presentación de un "Certificado de Discapacidad de Emergencia o de Reubicación de Personas Ancianas", declarando que usted es una persona anciana o discapacitada; y usted ha sido un inquilino por no menos de 12 meses en un programa de vivienda para personas con discapacidad o ancianas que incluye un componente de servicios de apoyo; y usted ha superado o completado el programa del proveedor de servicios con respecto a la terminación del candidato del programa, y como resultado, usted tiene que ser trasladado de este tipo de viviendas.

**Ninguno de los Anteriores Son Aplicables**

**Por la presente certifico bajo pena y castigo de perjurio que he marcado sólo los estados de prioridad o de prioridades que reflejen y describan mis condiciones de vida actuales. Además, entiendo que debo informar al Departamento de Ocupación por escrito si cambia mi situación de vida actual y si obtengo una vivienda permanente. Entiendo que si a sabiendas y voluntariamente proporciono información falsa será declarado no elegible para todos los programas de vivienda del BHA. Además, certifico que soy residente de la siguiente dirección desde la fecha indicada a continuación:**

Estoy viviendo en: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_  
Dirección completa **donde vive actualmente** Mes/Día/Año

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante Jefe de Familia

\_\_\_\_\_  
# Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante Co-Jefe de Familia

\_\_\_\_\_  
# Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

