



BOSTON HOUSING AUTHORITY
Occupancy Department
56 Chauncy Street, 1st Floor
Boston, Massachusetts 02111

Phone: 617-988-3400
Fax: 617-988-4214
TDD: 800-545-1833 x420
www.BostonHousing.org

(Esta información está disponible en un formato alternativo si es pedida.)

RECIBO DE SOLICITUD PRELIMINAR DE BHA # _____

Note: Por favor asegúrese que guarde en un lugar seguro el recibo con fecha que BHA le proveyó. Quizás lo necesite en el futuro.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA _____

_____ FIRMA DE JEFE DE FAMILIA	_____ Número De Seguro Social	_____ FECHA
_____ FIRMA DE CO-JEFE DE FAMILIA	_____ Número De Seguro Social	_____ FECHA

Nuestra Dirección de Correo es: **Boston Housing Authority, Occupancy Department
John F. Murphy Housing Service Center
56 Chauncy Street, 1st floor, Boston, MA 02111**

Nuestro Número de Contacto: Línea de estatus- 617-988-3400 Y TDD# 800-545-1833 X420

Nuestra Página Web es: http://www.bostonhousing.org/housing_services.html

Por favor recuerde, por nuestra **política de confidencialidad** no proveeremos ninguna de su información a personas que **no estén en su solicitud de BHA**. Si quiere que demos su información a una(s) persona(s) en específico, por favor firme un **Formulario de Autorización para Revelar Información**. No podemos aceptar "Autorizaciones Orales." Este formulario se encuentra adjunto y está disponible si se pide o por descarga de nuestra página Web.

Además, si necesita que se envíe una copia de sus correspondencias de BHA a una persona de su selección, necesita someter una petición por escrito y enviarla a la dirección escrita anteriormente con el nombre completo, dirección, y relación con la persona.

Tenga en cuenta que BHA SOLAMENTE acepta documentos Originales. Si usted quiere copias de los documentos que está sometiendo, por favor asegúrese de hacer sus propias copias antes de someterlos. Si quiere que BHA le provea copias de sus documentos, necesitará solicitarlas con anticipación y tendría que pagar por adelantado por cada copia. También tenga en cuenta que es su responsabilidad informar a BHA por escrito de cualquier cambio de dirección, ingreso económico o composición familiar, y que responda a las actualizaciones de la solicitud, como cualquier otra información que se le envíe. De lo contrario, su solicitud podría ser removida.

Si usted y/o un miembro de su familia es víctima de violencia doméstica, de violencia entre parejas, asalto sexual o de acoso y necesita ciertas circunstancias consideradas o revisadas como circunstancias mitigantes, o si requiere un intérprete por favor notifique al Departamento de Ocupancia.

Gracias y esperamos que podamos ayudarles.

Sinceramente,

Boston Housing Authority

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE BHA SOLAMENTE

SOLICITUD SOMETIDA: EN PERSONA () POR CORREO ()

Boston Housing Authority reconoce haber recibido su **solicitud preliminar junto con sus formularios de selección de vivienda** para:

() Viviendas Públicas () Sección 8 Basada en Proyectos (PBV) () Rehabilitación Moderada de Sección 8

Además, el/la solicitante sometió una **Auto-Certificación para PRIORIDAD** y los **formularios requeridos de Verificación por Terceras Partes** completados, firmados, Y verificado como esté marcado (√) abajo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desastre (323) | <input type="checkbox"/> Desalojo por Orden de la Corte Sin Culpa Propia (251) |
| <input type="checkbox"/> Víctima de Crimen de Odio (254) | <input type="checkbox"/> Inaccesibilidad de la Vivienda (257) |
| <input type="checkbox"/> Prevención de Represalia (327) | <input type="checkbox"/> Otras Acciones del Gobierno (Programas Federales Solamente) (325) |
| <input type="checkbox"/> Condenación de Vivienda (324) | <input type="checkbox"/> Falta de Vivienda (255) |
| <input type="checkbox"/> Renovación Urbana (325) | <input type="checkbox"/> Desplazamiento Inminente por el Propietario (256) |
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica (252) | <input type="checkbox"/> Carga Excesiva de Alquiler (253) |
| <input type="checkbox"/> Emergencia debido a la Superación de Servicios | <input type="checkbox"/> Familia Sin Miembros del Hogar con Estado Inmigratorio Elegible en Viviendas Públicas Federales de BHA (326) |
| <input type="checkbox"/> Reubicación de Persona Discapacitada o Anciana (258) | <input type="checkbox"/> Certificado de VAWA de HUD (332) |
| <input type="checkbox"/> NINGUNO Sometido-Solicitante sin Prioridad | |

El/la Solicitante entregó un **formulario de Auto-Certificación de PREFERENCIA** el cual fue completado y firmado para los programas marcados:

Viviendas Públicas Viviendas Alquiladas **NADA fue entregado**

¿El/la solicitante ha completado, firmado, y entregado un **Autorización de Revelación?** () SI () NO

FIRMA DE UN MIEMBRO DEL PERSONAL DE BHA

FECHA



Una Agencia de Igualdad de Oportunidad en Empleo y Vivienda

Receipt for Application 2014 (Occupancy Department – 12/29/2014)
Spanish translation updated by the BHA CCECR-Language Access Team (01/15/2015)

