



**NORTHEAST GEORGIA HOUSING AUTHORITY APPLICATION**  
**SOLICITUD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE NORTHEAST GEORGIA**

**437 SOUTH POND ST. TOCCOA, GA 30577 706-886-9455**

**ZONA DE SERVICIO: CLARKESVILLE, CLEVELAND, CORNELIA, DEMOREST, HELEN, HOMER & TOCCOA**

Time: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Initials: \_\_\_\_\_

(Office Use Only)

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Lea detenidamente esta página antes de completar la solicitud.

**Escriba en letra de molde, con tinta azul o negra**

- El titular del contrato de alquiler debe completar la solicitud, a mano.
- Las personas con discapacidades o las personas con capacidad limitada para leer, escribir, hablar o entender inglés pueden obtener ayuda para completar la solicitud en la oficina de la agencia de Vivienda.
- Utilice el **nombre legal completo** de cada persona, tal como aparece en su tarjeta del Seguro Social.
- Responda todas las preguntas de la solicitud. No deje ninguna pregunta en blanco. Si alguna pregunta no aplica para usted, escriba N/A.
- Todas las preguntas de respuesta sí/no **DEBEN** estar marcadas para indicar si su respuesta es “sí” o “no”.
- Si no hay suficiente espacio para que coloque la respuesta de una pregunta en particular, puede adjuntar hojas adicionales, si fuera necesario.
- Debe saber que la Autoridad de Vivienda llevará a cabo una búsqueda de antecedentes penales y revisará el registro de agresores sexuales y el historial de alquileres previos para todos los adultos miembros del grupo familiar, esto incluye a los miembros del servicio doméstico.

**A su entrevista de solicitud, DEBE LLEVAR la siguiente documentación para completar la Parte 2:**

- ❖ Certificado de nacimiento oficial de todos los miembros del grupo familiar.
- ❖ Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del grupo familiar.
- ❖ Constancia de ingresos y cupones de alimentos para cada grupo familiar:  
(salarios, TANF, sustento de menores, pensión alimenticia, Seguro Social, beneficios por discapacidad, jubilación, intereses, pensiones, etc.)
- ❖ Todos los miembros del grupo familiar que sean mayores de 18 años DEBEN acompañarlo para firmar los otros formularios.

**¡NO SE DARÁ TRÁMITE a las solicitudes incompletas ni a las solicitudes que no tengan esta información!**

**Aviso de solicitantes preferidos**

Como parte del proceso de solicitud, le pedimos que nos informe si está declarando tener una preferencia para la admisión a nuestro programa. Se le pedirá que proporcione una constancia de su elegibilidad para la categoría que seleccionó. Esta agencia ha adoptado la siguiente clasificación de preferencias:

- \_\_\_\_\_ Adulto mayor o discapacitado.
- \_\_\_\_\_ Desplazado involuntariamente (sin hogar) debido a un desastre natural, incendio o acción gubernamental.
- \_\_\_\_\_ Desplazado involuntariamente (sin hogar)
- \_\_\_\_\_ Familia de trabajadores (titular del contrato de arrendamiento/cónyuge/cotitular que trabaje un mínimo de 20 horas a la semana).
- \_\_\_\_\_ Víctima de violencia doméstica
- \_\_\_\_\_ Veterano del ejército
- \_\_\_\_\_ No califico para ninguna preferencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del jefe del grupo familiar, en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del titular del contrato de alquiler

\_\_\_\_\_  
Fecha



**NORTHEAST GEORGIA HOUSING AUTHORITY APPLICATION**  
**SOLICITUD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE NORTHEAST GEORGIA**

**437 SOUTH POND ST. TOCCOA, GA 30577 706-886-9455**

ZONA DE SERVICIO: CLARKESVILLE, CLEVELAND, CORNELIA, DEMOREST, HELEN, HOMER & TOCCOA

¿Cómo se entero acerca de la Autoridad de Vivienda de Georgia GA? \_\_\_\_\_

**PARTE A: RESUMEN DE LA FAMILIA DEL GRUPO FAMILIAR**

*Haga una lista de todas las **personas mayores de 18 años** (titular del contrato de arrendamiento/cónyuge/cotitular, sin importar su edad) que vivirán en la casa, comience con el titular del contrato de alquiler. Se debe llenar una casilla para cada miembro. Nadie más podrá vivir en la unidad, excepto las personas que se incluyen en este formulario.*

<b>NOMBRE:</b> <b>Sólo adultos</b> (mayores de 18 años de edad)	<b>Relación con el titular del contrato de alquiler</b>	<b>Sexo</b> <b>M/F</b> (opcional)	<b>Número de Seguro Social</b> <b>o n.º de registro</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Discapacitado</b> <b>S/N</b>	<b>Ciudadano de EE. UU.</b> <b>S/N</b>	<b>Raza</b>	<b>Origen étnico</b> <b>Hispano o no hispano</b> <b>Sí/No</b>
1.	<i>TITULAR</i>							
2.								
3.								
4.								
5.								

**NIÑOS MENORES DE 17 AÑOS**

*Haga una lista con el nombre de los niños que vivirán en la casa, de mayor a menor*

<b>NOMBRE:</b> <b>Niños</b> (menores de 17 años)	<b>Relación con el titular del contrato de alquiler</b>	<b>Sexo</b> <b>M/F</b> (opcional)	<b>Número de Seguro Social</b> <b>o n.º de registro</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Discapacitado</b> <b>S/N</b>	<b>Ciudadano de EE. UU.</b> <b>S/N</b>	<b>Raza</b>	<b>Origen étnico</b> <b>Hispano o no hispano</b> <b>Sí/No</b>
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

**Responda las siguientes preguntas relacionadas con los miembros del grupo familiar que aparecen en la lista anterior:**

- ¿Algún miembro de la familia está esperando un hijo?  Sí  No... Si la respuesta es sí, ¿quién?/¿para cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Comparte algún otro adulto que **NO** vive en la casa la custodia legal de cualquiera de los niños antes mencionados?  
 Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién?/¿cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Hay alguna otra persona no incluida en la solicitud que esté temporalmente ausente del hogar?  
 Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién?/¿dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Hay algún adulto miembro del grupo familiar que haya vivido alguna vez en otro estado distinto de Georgia?  
 Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿En qué estado(s) vivió? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún miembro de su familia un decreto de divorcio o una orden judicial de un divorcio o separación legal?  
(Opcional)  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
- ¿Ha utilizado algún miembro del grupo familiar un número de Seguro Social distinto al que se incluyó en la solicitud?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
- ¿Es algún miembro del grupo familiar estudiante a tiempo completo o a tiempo parcial en una institución de enseñanza superior?  Sí  No  
Si la respuesta es "sí", complete el "Cuestionario para estudiantes" que se adjunta.
- ¿Es algún miembro de su grupo familiar actualmente víctima de violencia doméstica?  Sí  No

**NORTHEAST GEORGIA HOUSING AUTHORITY APPLICATION**  
**SOLICITUD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE NORTHEAST GEORGIA**

**437 SOUTH POND ST. TOCCOA, GA 30577 706-886-9455**

ZONA DE SERVICIO: CLARKESVILLE, CLEVELAND, CORNELIA, DEMOREST, HELEN, HOMER & TOCCOA

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** *Indique los nombres, las direcciones y los números de teléfono de dos familiares o amigos que normalmente sabrían cómo comunicarse con usted.*

<b>1. Nombre del contacto</b>		N.º de teléfono
	Ciudad/estado/ código postal	
Dirección		
<b>2. Nombre del contacto</b>		N.º de teléfono
	Ciudad/estado/ código postal	
Dirección:		

**PARTE B: INFORMACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL Y ANTERIOR**

\*\*\*Usted **DEBE** proporcionar la información solicitada de los últimos cinco (5) años\*\*\*

<b>Dirección</b> actual	Nombre del arrendador	Relación con el arrendador	N.º de teléfono del arrendador
Ciudad/estado/código postal	Dirección del arrendador	Ciudad	Estado/código postal
¿Está el contrato de arrendamiento a su nombre? ( ) Sí ( ) No /Coloque el nombre y la relación		¿Cuándo vivió allí?	

<b>Dirección</b> anterior	Nombre del arrendador	Relación con el arrendador	N.º de teléfono del arrendador
Ciudad/estado/código postal	Dirección del arrendador	Ciudad	Estado/código postal
¿Estaba el contrato de arrendamiento a nombre de una persona que no era usted? ( ) Sí ( ) No		¿Cuándo vivió usted allí?	
Si respondió que "Sí", explique a nombre de quién y cuál es su relación			

<b>Dirección</b> anterior	Nombre del arrendador	Relación con el arrendador	N.º de teléfono del arrendador
Ciudad/estado/código postal	Dirección del arrendador	Ciudad	Estado/código postal
¿Estaba el contrato de arrendamiento a nombre de una persona que no era usted? ( ) Sí ( ) No		¿Cuándo vivió usted allí?	
Si respondió que "Sí", explique a nombre de quién y cuál es su relación			

<b>Anterior</b> Dirección	Nombre del arrendador	Relación con el arrendador	N.º de teléfono del arrendador
Ciudad/estado/código postal	Dirección del arrendador	Ciudad	Estado/código postal
¿Estaba el contrato de arrendamiento a nombre de una persona que no era usted? ( ) Sí ( ) No		¿Cuándo vivió usted allí?	
Si respondió que "Sí", explique a nombre de quién y cuál es su relación			

**PARTE C: ANTECEDENTES PENALES Y OTRA INFORMACIÓN**

*Estas preguntas aplican para usted y todos los miembros de su grupo familiar.*

1. ¿Fue condenado **ALGUNA** vez algún miembro de su grupo familiar por algún delito?  Sí \_\_\_\_\_  No \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ y ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿De qué?/¿Cuándo? \_\_\_\_\_
  
2. ¿Está actualmente algún miembro de su grupo familiar en libertad condicional o en libertad supervisada?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, indique el nombre y el número de teléfono del oficial de libertad condicional/supervisada:  
 Nombre \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_
  
3. ¿Está algún miembro de su familia sujeto a un registro vitalicio de agresor sexual? .....  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿En qué estado(s)? \_\_\_\_\_
  
4. ¿Usa actualmente algún miembro de su grupo familiar drogas ilícitas o abusa del alcohol? .....  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
  
5. ¿Se ha conocido a algún miembro de su grupo familiar por otro nombre?  Sí  No ¿Quién?/¿Cuál? \_\_\_\_\_



**NORTHEAST GEORGIA HOUSING AUTHORITY APPLICATION**  
**SOLICITUD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE NORTHEAST GEORGIA**

**437 SOUTH POND ST. TOCCOA, GA 30577 706-886-9455**

ZONA DE SERVICIO: CLARKESVILLE, CLEVELAND, CORNELIA, DEMOREST, HELEN, HOMER & TOCCOA

6. ¿Ha sido desalojado algún miembro de su grupo familiar de algún tipo de vivienda de alquiler? .....  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, explique cuándo, dónde y por qué motivo. \_\_\_\_\_

7. ¿Ha vivido algún miembro de su grupo familiar en una vivienda de un programa de vivienda asistida o de la Sección 8? .....  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente: Bajo qué nombre \_\_\_\_\_

¿Cuándo? Año(s) _____	Nombre de la agencia de Vivienda _____
Dirección _____	Número de teléfono _____

**PARTE D: INFORMACIÓN DE INGRESOS DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**

*(Los ingresos incluyen el dinero y las contribuciones de cualquier fuente y de todas las fuentes que le pagan a un miembro del grupo familiar o hacen pagos en su nombre).*

1. ¿Presentó usted o algún miembro de su grupo familiar una declaración de impuestos sobre la renta federal en el último año? .....  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

2. ¿Recibe algún miembro de su familia algo de lo siguiente?.....
- Salarios, sueldos, propinas, cuotas o comisiones de parte de un empleador (Tiempo completo o parcial) .....  Sí  No
  - Ingreso como empleado independiente .....  Sí  No
  - Pagos del Seguro Social .....  Sí  No
  - Pagos de anualidades .....  Sí  No
  - Pagos de pólizas de seguro .....  Sí  No
  - Pagos de fondos de jubilación .....  Sí  No
  - Pagos de pensiones .....  Sí  No
  - Pagos de beneficios por discapacidad .....  Sí  No
  - Pagos de beneficios por fallecimiento .....  Sí  No
  - Compensación por desempleo .....  Sí  No
  - Compensación del trabajador.....  Sí  No
  - Pagos de TANF .....  Sí  No
  - Pago de manutención .....  Sí  No
  - Pagos de sustento de menores .....  Sí  No
  - Contribuciones regulares u obsequios de alguien .....  Sí  No
  - Pago militar regular o especial .....  Sí  No
  - Ayuda financiera para asistir a la escuela .....  Sí  No

**Si usted presentó una solicitud para cualquiera de los anteriores, indíquelo** \_\_\_\_\_

3. Indique todas las fuentes y montos de los ingresos (de los anteriores) para todos los miembros del grupo familiar que se espera que reciban en los próximos 12 meses.

Nombre del miembro de la familia	Fuente de ingresos	Cantidad	Frecuencia de pago: (encierre en un círculo):
			Sem. Quinc. Mens. Anual
			Sem. Quinc. Mens. Anual
			Sem. Quinc. Mens. Anual

**PARTE E: INFORMACIÓN DE ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**

*(Un activo es cualquier cosa de valor que se puede convertir en dinero en efectivo)*

1. ¿Posee o tiene acceso algún miembro del grupo familiar a algo de lo siguiente? Si es así, indíquelo abajo.
- Cuentas de ahorro .....  Sí  No      ¿Cuenta monetaria? .....  Sí  No
  - Certificado de depósito.....  Sí  No      ¿Cuenta del mercado monetario?.....  Sí  No
  - ¿ Cuenta de tarjeta de Direct Express.....  Sí  No

Nombre del miembro de la familia	Nombre del banco	Número de cuenta	Saldo



**NORTHEAST GEORGIA HOUSING AUTHORITY APPLICATION**  
**SOLICITUD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE NORTHEAST GEORGIA**

**437 SOUTH POND ST. TOCCOA, GA 30577 706-886-9455**

ZONA DE SERVICIO: CLARKESVILLE, CLEVELAND, CORNELIA, DEMOREST, HELEN, HOMER & TOCCOA

2. ¿Posee o tiene acceso algún miembro del grupo familiar a algo de lo siguiente? Si es así, indíquelo abajo.

- \* Cuenta individual de jubilación .....  Sí  No                      \* ¿Casa o terreno? .....  Sí  No  
 \* Póliza de seguro de vida .....  Sí  No                                      \* ¿Otras inversiones? .....  Sí  No  
 \* Acciones/bonos/anualidades .....  Sí  No

Nombre del miembro de la familia	Tipo de activo	Número de cuenta	Valor
	*		
	*		

3. ¿Se tuvo que deshacer de algún activo en los últimos 2 años por un valor menor que el valor justo del mercado? .....  Sí  No  
 Si la respuesta es "sí", explique \_\_\_\_\_ .

**PARTE F: INFORMACIÓN ACERCA DE LOS GASTOS DEL GRUPO FAMILIAR**

1. ¿Tiene algún miembro del grupo familiar gastos de cuidados infantiles para un niño menor de 12 años de edad? .....  Sí  No

Nombre del menor	Proveedor de cuidados infantiles			Monto mensual
	Nombre	Dirección	Número de teléfono	
	***Se debe adjuntar constancia***			

2. ¿Le reintegra alguna agencia o persona externa alguna parte de los gastos de cuidado infantil? .....  Sí  No  
 Si su respuesta es "Sí", ¿cuánto le reintegran al mes? \$ \_\_\_\_\_

**Gastos médicos-\*\*\*Se debe adjuntar constancia\*\*\***

3. ¿Le paga a algún asistente de cuidados para que le proporcione cuidado a un miembro del grupo familiar que esté discapacitado para que el miembro adulto de la familia pueda trabajar? (Podría ser la persona con discapacidad)  
 Yes  No Indique abajo.

Asistente del cuidado			Monto mensual
Nombre	Dirección	Número de teléfono	

4. ¿Está pagando por algún tipo de equipo para un miembro de la familia que esté discapacitado con el fin de que esto le permita trabajar a un miembro adulto? (Puede ser la persona con discapacidad). .....  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, ¿cuál es el costo mensual esperado? \$ \_\_\_\_\_

**Estas preguntas sólo aplican si el titular del contrato de alquiler, el cónyuge o el cotitular tiene más de 62 años de edad o está discapacitado.**

**¿Paga algún miembro de su familia por alguno de los artículos siguientes?**

- Primas del seguro médico o atención a largo plazo  Sí  No      Gastos de bolsillo para recetas médicas  Sí  No  
 Facturas médicas vencidas .....  Sí  No      Otros gastos médicos esperados  Sí  No

Nombre del miembro de la familia	Tipo de gasto	Monto mensual



**NORTHEAST GEORGIA HOUSING AUTHORITY APPLICATION**  
**SOLICITUD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE NORTHEAST GEORGIA**

437 SOUTH POND ST. TOCCOA, GA 30577 706-886-9455

ZONA DE SERVICIO: CLARKESVILLE, CLEVELAND, CORNELIA, DEMOREST, HELEN, HOMER & TOCCOA

**Gastos actuales de subsistencia**

Artículo	Monto mensual	Última fecha en que se pagó	Quién lo paga
Alquiler			
Electricidad:			
Gasolina			
Agua			
Teléfono			
Teléfono celular			
Cable y TV			
Antena parabólica			
Pago(s) de automóvil			
Seguro de automóvil			
Gasolina para el automóvil			
Seguro de vida			
Seguro médico			
Préstamo(s)			
Alquileres			
Mobiliario			
Comida			
Tarjeta de crédito			
Otros (indique):			

**Certificado del solicitante**

**ADVERTENCIA FEDERAL:** EL CAPÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE COMETER UN DELITO BAJO CONOCIMIENTO O INTENCIONAL SI HACE ALGUNA DECLARACIÓN FALSA O FRAUDULENTE ANTE CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS Y POR TAL MOTIVO SE LE IMPONDRÁ UNA MULTA DE HASTA \$10,000 O SE LE ENCARCELARÁ POR UN MÁXIMO DE CINCO AÑOS O AMBOS.

**ADVERTENCIA ESTATAL:** LA SECCIÓN 16-9-55 DEL CÓDIGO DE GEORGIA CONSIDERA QUE ES UN DELITO PUNIBLE INTENTAR OBTENER UN SUBSIDIO PARA EL PAGO DE ALQUILER DE VIVIENDA O UNA REDUCCIÓN EN EL ALQUILER MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE, INCUMPLIENDO CON PROPORCIONAR INFORMACIÓN O COMETIENDO OTRO TIPO DE FRAUDE.

Por este medio certifico que he leído las advertencias anteriores y certifico que toda la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y completa. Asimismo, entiendo que la información en esta solicitud debe permanecer actualizada. Es mi responsabilidad informar a la Autoridad de Vivienda, por escrito, sobre cualquier cambio, tan pronto como ocurra.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular del contrato de alquiler

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cónyuge o Cotitular del contrato de alquiler

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otro miembro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otro miembro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha



**NORTHEAST GEORGIA HOUSING AUTHORITY APPLICATION**  
**SOLICITUD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE NORTHEAST GEORGIA**

**437 SOUTH POND ST. TOCCOA, GA 30577 706-886-9455**

ZONA DE SERVICIO: CLARKESVILLE, CLEVELAND, CORNELIA, DEMOREST, HELEN, HOMER & TOCCOA

**Debe proporcionar la siguiente información**  
**para que podamos comunicarnos con usted:**

Nombre \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección física

Otro número \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estatal                      Código postal

\_\_\_\_\_  
Dirección postal (si es diferente)

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estatal                      Código postal

**¿Necesita algún miembro de su grupo familiar algún arreglo específico o servicio de apoyo para utilizar todo nuestro programa o nuestros servicios?**

Sí/Nombre \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Indique las necesidades especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Autoridad de Vivienda Northeast GA ha establecido un procedimiento de lista de espera según el sitio para aceptar y dar trámite a las solicitudes. Marque una o más de las siguientes listas de espera:

<u>Área</u>	<u>Apto. Tamaños por área</u>
____ Propiedades Clarkesville/Demorest	Rendimiento - 4 habitaciones
____ Propiedades Cleveland	1 - 4
____ Propiedades Cornelia	1 - 4
____ Propiedades Helen	1 - 3
____ Propiedades Homer	Rendimiento - 4
____ Propiedades Queen St.	Todos 1 habitación
____ Toccoa, Área I (Audubon/ Robin/ Davis/ Argo/ Mill St.)	Rendimiento - 2
____ Toccoa, Área II (Camden/ Morgan/ Ruby/ Skyview/ Wood/ Grove Whitman/ Diagonal/ Tallulah/ Oak St.)	1 - 4
____ Toccoa, Área III (Braswell/ Circleview/ Green/ Ridgecrest/ W. Doyle St.)	1 - 4
____ <b>Todos los anteriores. Ninguna preferencia</b>	

**Certification of Housing Representative**  
**(Office Use Only)**

I hereby certify by my signature that I have explained all questions on this application form and reviewed the answers provided with the head of household to ensure that these questions were fully understood and fully answered.

\_\_\_\_\_  
Signature of Housing Representative

\_\_\_\_\_  
Date

**Certificación del representante de Vivienda**  
**(Sólo para uso interno)**

Por este medio certifico con mi firma que expliqué todas las preguntas que aparecen en este formulario de solicitud y revisé las respuestas que proporcioné con el titular del contrato de alquiler para asegurarme de que las respuestas se entendieran y respondieran completamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de Vivienda

\_\_\_\_\_  
Fecha