



Solicitud universal de vivienda

No. del Sistema ONE:

Sección 1. Información Básica [a llenar por el cliente/el personal]				
Nombre completo (legal) del cliente:				
Nombre preferido del cliente:				
No. de teléfono		Correo electrónico:		
Dirección postal actual:				
Calle	No. de Unidad	Ciudad	Estado	C.P.
Residencia actual: (si es diferente del anterior)				
Calle	No. de Unidad	Ciudad	Estado	C.P.
Género:				
Pronombres: (ex: ella/la/suya)				
Estado civil: (seleccione una sola opción.)				
<input type="checkbox"/> Soltero(a)		<input type="checkbox"/> Divorciado(a)		
<input type="checkbox"/> Sociedad doméstica		<input type="checkbox"/> Viudo(a)		
<input type="checkbox"/> Casado(a)		<input type="checkbox"/> Separado legalmente		

Idioma(s) que se hablan:		
¿Necesita usted un intérprete?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para llenar la solicitud? <i>Si contestó SÍ, por favor describa:</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Solicita una adaptación razonable para su unidad de vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Para uso exclusivo del personal: según la Ley de Vivienda Justa, una adaptación razonable se define como “un cambio, una excepción o un ajuste de una norma, política, práctica o servicio que sea necesario para que una persona con discapacidades tenga la misma oportunidad de usar y disfrutar de una vivienda, incluidos los espacios de uso público y comunes, o para cumplir con las obligaciones de su programa. Consulte el glosario para conocer más detalles. Si el cliente solicita una adaptación razonable (incluidos los animales de servicio/apoyo), llene y adjunte:



Adjunto 1: Cuestionario de adaptación(es) razonable(s)	<input type="checkbox"/> adjunta
Una carta de un tercero de confianza que verifique la discapacidad para la que se solicita una adaptación razonable. Nota: "Un médico u otro profesional de la medicina, un grupo de apoyo de compañeros, una agencia de servicios no médicos o un tercero de confianza que esté en condiciones de conocer la discapacidad de la persona también puede proporcionar la verificación de una discapacidad". ¹	<input type="checkbox"/> adjunta

¿Tiene alguna mascota que no se considere animal de servicio o de apoyo? Nota: consulte las definiciones del glosario. <i>Si contestó Sí, incluya los siguientes datos para cada mascota:</i>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre:	Raza:	Peso:	Edad:	Sexo:
¿Esterilizada o castrado?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre:	Raza:	Peso:	Edad:	Sexo:
¿Esterilizada o castrado?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¹ Source: <https://www.hud.gov/sites/documents/huddojstatement.pdf>



Sección 2. Composición del Grupo Familiar [a llenar por el cliente/el personal]								
	Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido):	Relación con el jefe de familia/ Solicitante principal	Últimos 4 dígitos del número SSN: (dejar en blanco si no se tiene el SSN):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Edad:	Género:	Discapacidad (S / N):	Estudiante (S / N):
Jefe de familia/ Solicitante principal		YO MISMO						
Otros miembros de la familia (que residirán con usted):								
¿Hay un cuidador personal que vaya a residir en la unidad?							<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Sección3. Verificación de identidad [a llenar por el cliente/el personal]								
	Identificación con foto			Número de Seguro Social		Condición de ciudadano/residente legal Situación		Subida al Sistema ONE?
	Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido):	Emisor y número de identificación	Fecha de vencimiento	Número	Documento proporcionado (S / N)	Documento proporcionado (S / N)	Fecha de vencimiento	
Jefe de familia/ Solicitante principal								<input type="checkbox"/>
Otros miembros de la familia								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>

Identificación requerida [Uso exclusivo del personal]				
Lista(s) de verificación:		1 – Identificación con foto	2 – Número de Seguro Social	3 - Condición de ciudadano /residente legal
1	Continuum of Care	v <u>O BIEN</u>	v <u>O BIEN</u>	v
2	Fondo general/LOSP	v <u>Y</u>	v	
3	HUD202/PBV Sección 8	v <u>Y</u>	v <u>Y</u>	v
4	MHSA-FSP	v <u>O BIEN</u>	v	
5	Fondo HSH (anteriormente Care Not Cash)	v		
6	LIHTC-TCAC	no hay requisitos adicionales		



Sección 4. Certificaciones [ALTO – no llene esta sección hasta que se lo pida el personal]		
Certifico bajo pena de perjurio que la información mencionada en este formulario es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender. El abajo firmante entiende además que hacer manifestaciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta dará lugar a la posible cancelación de su oportunidad de vivienda.		
Nombre del cliente en letra molde (Jefe de familia/Solicitante principal):	Fecha:	
Firma del cliente (Jefe de familia/Solicitante principal):		
Nombre del cliente en letra molde (segundo adulto):		
Firma del cliente (segundo adulto):	Fecha:	
Miembro del personal (Nombre en letra de molde):	Puesto:	Organización:
Miembro del personal (Firma):	Fecha:	
Para uso exclusivo del personal: Se requiere la firma de cada miembro adulto (mayor de 18 años) del grupo familiar. Si hay más de dos (2) miembros adultos del grupo familiar, recoja la(s) firma(s) adicional(es) en el Adjunto 2: Firma(s) adicional(es):		
Adjunto 2: Firma(s) adicional(es):		<input type="checkbox"/> adjunto



Sección 5. Información del Asesor de Vivienda [a llenar por el personal]

Para uso exclusivo del personal: proporcione el nombre y la información de contacto del Asesor de Vivienda. Esta debe ser la persona que servirá como el principal punto de contacto para el proveedor de PSH durante el proceso de realojamiento.

Nombre completo:	
Nombre preferido:	
Pronombres preferidos: (ej: ella/la/suya)	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

Sección 6. Para uso exclusivo del proveedor de viviendas PSH:

Solicitud recibida el:

Fecha:	Hora:
Miembro del personal (Nombre en letra de molde):	Puesto:
Miembro del personal (Firma):	Fecha:

Sección 7. SOLO para uso del proveedor de viviendas PSH:

Información de contacto de emergencia:

Nombre:
Relación con el cliente:
Número telefónico/correo electrónico: