

# ¿ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA DE HUD PARA SU VIVIENDA?



**PIENSE EN ESTO...**

**¿VALE LA PENA COMETER FRAUDE?**

Se da usted cuenta....

De que si comete fraude para obtener asistencia para su vivienda por HUD, podrían:

- Desahuciarle de su apartamento o casa.
- Exigirle que reembolse toda la asistencia que le pagaron de más para su alquiler.
- Multarle hasta \$10,000.
- Enviarle a prisión hasta por cinco años
- Prohibirle recibir más asistencia en el futuro.
- Imponerle sanciones del gobierno estatal y local

¿Sabe usted...

Que está cometiendo un fraude si firma una planilla a sabiendas de que está dando información falsa o engañosa?

La información que usted proporciona en las planillas de solicitud y re-certificación de asistencia con la vivienda será verificada. La agencia de vivienda local, HUD o la Oficina del Inspector General, verificarán la información sobre ingresos y bienes que usted proporcione, con otros organismos del gobierno federal, estatal y local, así como con agencias privadas. Es un fraude certificar información falsa.

¡De modo que tenga cuidado!

Cuando usted llena su solicitud y re-certificación anual para recibir asistencia para su vivienda por HUD, asegúrese que sus respuestas a las preguntas sean exactas y honestas. Usted tiene que incluir:

Todas las fuentes de ingresos y cambios en los ingresos recibidos por usted o cualquier miembro de su familia, tales como sueldos, pagos de Bienestar Social, seguro social y beneficios de veteranos, pensiones, jubilación, etc.

Todo el dinero que usted reciba en nombre de sus hijos, como el destinado al mantenimiento de hijos, pagos de AFDC, seguro social para niños, etc.

Cualquier aumento en el ingreso, como sueldos de un nuevo trabajo o un aumento de sueldo o bonificación esperados.

Todos los bienes, como cuentas bancarias, bonos de ahorro, certificados de depósito, acciones, propiedades inmobiliarias, etc., de usted o de cualquier miembro de su familia.

Todo ingreso procedente de bienes, como intereses de cuentas de ahorros y cuentas corrientes, dividendos de acciones, etc.

Cualquier negocio o bienes (como su casa) que haya vendido en los dos últimos años a un precio inferior a su valor total.

Los nombres de todas las personas, adultas o niños, parientes o no parientes, que estén viviendo con usted y que componen su familia.

(Aviso importante para los evacuados como resultado de los huracanes Katrina y Rita: Los requisitos de HUD en cuanto a la notificación pueden ignorarse o suspenderse temporalmente debido a sus circunstancias. Contacte la agencia local de vivienda antes de llenar la solicitud de asistencia para vivienda).

## Haga preguntas

Si no entiende algo en la solicitud o planilla de recertificación, pregunte siempre. Es mejor estar seguro que lamentarse.

## ¡Cuídese de las trampas con la asistencia para vivienda!

- No le pague dinero a nadie por llenarle sus planillas de solicitud de asistencia y recertificación para vivienda.
- No pague dinero para que le avancen su lugar en una lista de espera.
- No pague por nada que no esté incluido en su contrato de arriendo.
- Pida un recibo por cualquier dinero que pague.
- Pida una explicación por escrito si le exigen pagar por algo que no sea el alquiler (cargos de mantenimiento o de servicios públicos).

## Denuncie el fraude

Si usted sabe de alguien que haya proporcionado información falsa en una solicitud de asistencia o re-certificación para vivienda de HUD, o si alguien le dice que le dé información falsa, denuncie a esa persona a la línea directa de la Oficina del Inspector General de HUD. Usted puede llamar a la línea directa de lunes a viernes, entre 10:00 a.m. y 4:30 p.m., hora del Este, al 1-800-347-37353. También puede enviar la información por fax al (202) 708-4829 o por correo electrónico a: [Hotline@hudoig.gov](mailto:Hotline@hudoig.gov) . Usted puede escribir a la línea directa a:



HUD OIG Hotline, GFI  
451 7<sup>th</sup> Street, SW  
Washington, DC 20410

Diciembre de 2005

form HUD-1141  
(12/2005)



**COMISION DE REURBANIZACION Y VIVIENDA DE HURON**  
**255 IOWA AVENUE SE**  
**HURON, SOUTH DAKOTA 57350**  
**(605) 352-1520**  
**APLICACIÓN PARA VIVIENDA**

FOR OFFICE USE ONLY	
Date:	_____
Time:	_____
Post Card Sent:	_____
_____	Housing Choice Voucher
_____	Donnie Wahl Apartments
_____	Manor Apartments

Complete todo en la aplicación - no deje nada en blanco.  
 Escriba N/A si alguna sección no se aplica a usted.

**La Comision de Reurbanización y Vivienda de Huron no discrimina en contra de ninguna persona por su raza,color, religión, sexo, discapacidad, estado familiar u origen nacional. La comision de reurbanizacion y vivienda es un proveedor de igualdad en oportunidades.**

Por favor proporcione información precisa. Todos los solicitantes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad de ingresos. Los solicitantes de Donnie Wahl o Manor Apartments deben ser discapacitados o personas con discapacidad y estar recibiendo servicios de administración de casos.

Nombre del Encargado en el Hogar \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_ Female \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

El siguiente es solicitado por el gobierno federal para ciertos tipos de préstamos y donaciones con el fin de controlar el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se les anima a hacerlo. Esta información no será utilizada en la evaluación de su aplicación y la ley exige que el beneficiario del programa no puede discriminar en base a esta información ni sobre si decide no proporcionarla. Sin embargo, si usted elige no proporcionarla, bajo las regulaciones federales, se requiere este representante del programa notar raza / etnia, sobre la base de la observación visual o apellido.

(Seleccione uno) Etnia: \_\_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino  
 (Seleccione todos los que apliquen) Raza: \_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_ Black/African American \_\_\_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Asiatico \_\_\_\_\_ Nativo de Hawaii/Otro Islas del Pacífico

**HOUSEHOLD COMPOSITION:**

Nombre de todos los Miembros Familiares	Relacion al Encargado del Hogar	Anciano? Si/No	Disabilitado? Si/No	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social

**CONTINUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR:**

¿Usted o un miembro de su familia califica para una acomodación razonable debido a una discapacidad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Acomodación solicitada: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su familia tiene un historial de abuso de sustancias que no se ha disminuido a través de la rehabilitación?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por actividad criminal relacionada con las drogas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está usted o cualquier miembro de su hogar un delincuente sexual registrado?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido acusado de un delito?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar presenta una declaración de impuestos federales del año pasado?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene un administrador de casos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene un representante beneficiario? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

IEEn caso afirmativo, indique el nombre (s) y número (s) de teléfono:

Administrador De Casos: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Representante Beneficiario: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

**INGRESOS Y EMPLEO:**

**Detalle el ingreso de los todos los miembros mayores de 18 años, incluyendo los ingresos recibidos en nombre de los miembros del hogar debajo de 18 años. Incluya todos los ingresos que espera recibir en los próximos 12 meses. Esto incluya los miembros de la familia que son temporalmente ausentes, como los miembros que sirven en las Fuerzas Armadas, o miembros empleados temporalmente fuera del hogar. Ingresos pueden incluir: Pensión alimenticia, manutención de niños, beneficios por discapacidad, la asistencia a asistir a la escuela, cupones de alimentos, pago militar, regalos periódicas retiro, trabajo por cuenta propia, beneficios del Seguro Social, SSI, el desempleo, sueldos y salarios, beneficios sociales, compensación al trabajador, ganancias de la lotería en pagos periódicos, los ingresos de los activos, etc.**

Nombre del Miembro Familiar	Cantidad neta recibida	Con que frecuencia es recibida	Fuente de ingresos Nombre del empleador	Dirección
		Semanal Bi-semanal Mensual		

**BIENES:**

Por favor escriba bienes de todos los miembros del hogar. Cada artículo debe ser "SÍ" o "NO". Por favor, indique el nombre y dirección completa de la institución financiera que puede verificar cada .

Dinero en mano: Cantidad \$ \_\_\_\_\_

	SI o NO	Cantidad \$	Nombre de la Institucion Financiera (Banco)
Cheques			
Ahorros o Plazo Fijos			
Acciones o Bonos			
Cuentas en el Mercado Monetario			
Valor en efectivo de Seguro De Vida			
Equidad en Bienes Inmuebles			
Otros			

¿Ha desechado cualquier activos valorados en más de \$ 1,000 por menos del valor justo de mercado en los últimos dos años?  
 \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique enumerando el valor del activo y el importe recibido. Indique cómo se invirtieron los ingresos de los activos dispuestos y / o gastado. \_\_\_\_\_

**SUBSIDIOS:**

Los gastos médicos para las personas mayores, con discapacidad o minusválidos son las deducciones permitidas al ingreso. Los gastos de cuidado de niños relacionados con el trabajo o para asistir a la escuela son también las deducciones permitidas al ingreso. Por favor escriba la información solicitada para los gastos en los últimos 12 meses.

Nombre del Miembro Familiar	Médico, Hospital, Clínica, Farmacia o Proveedor de Cuidado Infantil	Dirección	Costo Mensual/Anual

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Dirección De Correo: \_\_\_\_\_

Prima: \$ \_\_\_\_\_ Con que frecuencia paga? (Circule uno) Mensual, Trimestral, Semi-Anual, Annual  
 Por favor, adjunte una declaración de la empresa indicando la prima anual y la frecuencia de los pagos de las mismas.

**INFORMACIÓN DE VIVIENDA:**

¿Su familia carecen de un lugar en donde pasar la noche, viven en un refugio, o en otro lugar no residencial?        Si        No

¿Vive usted actualmente o ha vivido anteriormente en, la vivienda públicavivienda asistida por el programa de la Sección 8 o cualquier otro tipo de vivienda con subsidio federal?        Si        No

Si es "Sí", ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

¿Le debe dinero a cualquier Autoridad de Vivienda Pública o de un proveedor de cualquier tipo de asistencia federal de vivienda?        Si        No

Si respondió "Sí", indique el nombre y dirección de la Autoridad de Vivienda Pública u otro proveedor y la cantidad que debe. \_\_\_\_\_

¿Debe dinero a cualquier proveedor de utilidades publicas o facturas pendientes de pago?        Si        No

Si respondió "Si", por favor listelas: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar ha sido desalojado?        Si        No

¿Alguien que vive fuera de su hogar paga dinero para cualquiera de sus cuentas de la casa o gastos de subsistencia?        Si        No Si respondió "Si" Quien? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de residencia vive usted actualmente? (Seleccione uno)

\_\_\_\_\_ Casa Alquilada

\_\_\_\_\_ Casa Movil Alquilada

\_\_\_\_\_ Casa Propia

\_\_\_\_\_ Casa Movil Propia Valor de Renta por Lote \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Apartamento Alquilado

\_\_\_\_\_ En el hogar de un pariente o amigo

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Cantidad actual de Renta Mensual: \$ \_\_\_\_\_

Lista de todos los propietarios en los últimos 2 años, liste al arrendador más reciente primero:

Nombre de propietario	Dirección	Teléfono	Fechas		
			Desde		Hasta

**Declaro que he leído y entiendo esta solicitud, y a lo mejor de mi conocimiento y creo, que la información es verdadera, correcta y completa.**

**Además, soy consciente de que bajo SDCL 4-9-5, es considerado un delito grave hacer declaraciones falsas o no verdaderas en un asunto gubernamental como este, o en este material.**

**Estoy de acuerdo en informar al personal de la Autoridad de Vivienda de Huron inmediatamente de cualquier cambio en los ingresos, los recursos, el número de personas en mi hogar, etc., que pudieran afectar mi elegibilidad para la vivienda.**

**Mi firma abajo constituye mi consentimiento para que la Autoridad de Vivienda y Reurbanización de Huron obtenga verificación de información por cualquier fuente necesaria.**

\_\_\_\_\_  
Jefe de hogar

\_\_\_\_\_  
Co - Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PROGRAMA DE CUPONES PARA OPCIÓN DE VIVIENDA

### Preguntas Frecuentes

#### ¿Cómo funciona el programa?

El programa de cupones para elección de vivienda de la Autoridad de Vivienda de Huron está diseñado para ofrecer asistencia de alquiler a familias de bajos ingresos en el Condado de Beadle. Los participantes seleccionan la propiedad de alquiler privada donde les gustaría vivir. Si la propiedad cumple con los requisitos del programa con respecto a la condición de la unidad, el costo del alquiler, las utilidades, el tamaño de la unidad para su familia, etc. (esto se explicará durante una vez que su elegibilidad se establece) su contribución para la renta y utilidades será 30% de su ingreso anual ajustado y su cupón de vivienda le pagará al dueño el saldo restante.

#### ¿Cómo llego a la lista de espera?

Su nombre se colocará en la lista de espera de acuerdo con la fecha y hora en que se recibió su solicitud. Debe informar a nuestra oficina inmediatamente si tiene algún cambio de dirección, ingresos, recursos, número de personas en su hogar, etc. Cuando su nombre llegue a la parte superior de la lista, se le notificará por correo. Tenga en cuenta que, si no se comunica con la Autoridad de Vivienda antes de la fecha indicada en la postal, su nombre será removido de la Lista de Espera. Una vez que su nombre ha sido removido de la lista de espera por no responder, debe volver a solicitar para ser colocado de nuevo en la lista de espera.

#### ¿Cuánto dura su lista de espera?

No hay manera de determinar cuánto tiempo de espera tendrá antes de que su nombre llegue a la parte superior de la lista. Hay muchas variables involucradas en la rapidez con que se mueve la lista de espera. Depende de cuántos participantes dejan el Programa y cuántos solicitantes en la Lista de Espera califican para una preferencia.

#### ¿Quién puede recibir una preferencia?

La póliza de la Autoridad de Vivienda de Huron es que las personas mayores o discapacitadas calificadas serán seleccionadas de la lista de espera primero.

#### ¿Por qué tengo que firmar un formulario de Consentimiento para Liberar Información?

Todos los solicitantes deben firmar un formulario de Consentimiento para Liberar Información para que podamos verificar la información que nos ha proporcionado en su solicitud. La verificación de su información es requerida por la ley.

#### ¿Puedo estar en el programa si tengo antecedentes penales?

Se requiere que la historia criminal de un solicitante sea verificada en el momento en que su nombre llegue a la parte superior de la Lista de Espera. Huron Housing negará la participación en el programa debido a una actividad criminal basada en la Póliza actual de Selección de Inquilinos y las actuales resoluciones de HUD.

#### ¡Informe a su arrendador de que nos llame!

Es muy fácil para sus arrendadores participar en el programa de cupón para vivienda. Pídales que nos llame al 352-1520 y con mucho gusto podremos responder cualquier pregunta que puedan tener.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION  
USE FOR ALL PURPOSES

CONSENT

I authorize and direct any Federal, State, or local agency, organization, business, or individual to release to Huron Housing Authority (HHA) any information or materials needed to complete and verify my application for participation, and/or to maintain my continued assistance under the Section 8 Program, and/or other housing assistance programs administered by the HHA. I understand and agree that this Authorization or the information obtained with its use may be given to and used by the Department of Housing and Urban Development (HUD), USDA Rural Development, and/or South Dakota Housing HOME program in administering and enforcing program rules and policies.

In addition, I authorize and consent to the exchange of information between the HHA and supportive service agencies from whom I am receiving services, i.e. Community Counseling Services, Center for Independence, Department of Social Services, etc. concerning my family's circumstances, and/or other matters relating to my disability and/or medical condition.

INFORMATION COVERED

I understand that, depending on program policies and requirements, previous or current information regarding me or my household may be needed. Verification and inquiries that may be requested include but are not limited to:

Identity and Marital Status	Employment, Income, and Assets
Medical or Child Care Allowances	Credit and Criminal Activity
Residences and Rental Activity	

I understand that this Authorization cannot be used to obtain any information about me that is not pertinent to my eligibility for and continued participation in housing assistance programs.

GROUPS OR INDIVIDUALS THAT MAY BE ASKED

The groups or individuals that may be asked to release the above information (depending on program requirements) include but are not limited to:

Previous Landlords (including Public Housing Agencies)	Past and Present Employers
Courts and Post Offices	Credit Providers and Credit Bureaus
Schools and Colleges	State Unemployment Agencies
Law Enforcement Agencies	Social Security Administration
Support and Alimony Providers	Medical and Child Care Providers
Retirement Systems	Veterans Administration
Welfare Agencies	Banks and other Financial Institutions
	Utility Companies

CONDITIONS

I agree that a photocopy of this Authorization may be used for the purposes stated above. The original of this Authorization is on file with the HHA and will stay in effect for a period of fifteen (15) months from the date signed. I understand I have a right to review my file and correct any information that I can prove is incorrect.

_____ Head of Household	_____ [State(s) of Residency In Past 5 Years]	_____ Date
----------------------------	--	---------------

_____ Spouse	_____ [State(s) of Residency In Past 5 Years]	_____ Date
-----------------	--	---------------

_____ Adult Member Signature	_____ [State(s) of Residency In Past 5 Years]	_____ Date
---------------------------------	--	---------------

3.1.2023