

**SOLICITUD DE VIVIENDA PÚBLICA**  
AREA DE SELECCIÓN Y OCUPACION

**Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente, solicitudes incompletas no serán procesadas.**

1. Para ser elegible para admisión al programa de vivienda pública el solicitante deberá:
  - Ser una familia según definido en la Políticas de Admisión y Ocupación Continuada de Puerto Rico (ACOP)
  - Reunir los requisitos establecidos por HUD de ciudadanía o estado de inmigrante elegible;
  - Que su ingreso anual al momento de la admisión no exceda los límites de ingresos máximos establecidos por HUD.
  - Proveer el número de seguro social de todos los miembros de la composición familiar **(solicitudes sin esta información serán consideradas incompletas)**
  - Proveer todo documento de verificación solicitado **(solicitudes sin estos documentos serán consideradas incompletas)**
  - Cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos
2. Las solicitudes completas serán incluidas en la lista de espera en el orden en que sean recibidas. Las listas de espera serán organizadas de acuerdo al tipo de unidad, cuartos dormitorios y preferencias aplicables.
3. Usted debe completar este formulario, llevarlo a la Oficina de Selección ubicada en el municipio de su preferencia o enviarlo por correo a la siguiente dirección:  
  
**Administración de Vivienda Publica PO Box 363188 San Juan, PR 00936-3188**
4. Solicitantes con impedimento pueden solicitar asistencia para completar este formulario en la Oficina de Selección del Municipio de su preferencia.
5. Asegúrese de incluir los nombres, números de seguro social, fechas de nacimiento e ingresos de todos los miembros de la composición familiar.
6. Asegúrese de incluir su dirección postal y número de teléfono, para que podamos contactarlo para la entrevista de orientación.

ADMINISTRACION DE VIVIENDA PÚBLICA  
AREA DE SELECCIÓN Y OCUPACION

**USO OFICIAL( NO COMPLETAR POR SOLICITANTE)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

ID NUM: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE VIVIENDA PÚBLICA**

**Información del Solicitante:**

Apellidos:	Nombre:	Inicial:
Dirección Postal:	Pueblo	PR ZIP
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico

**Miembros de la Composición Familiar:** Debe comenzar con el jefe de familia, luego con el cónyuge o co-jefe, luego con miembros adultos (18 años o más), y menores.

	Nombre y Apellidos	Relación con el Jefe	Sexo F/M	Edad	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Lugar de Nacimiento	Número de Seguro Social
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

JEFE DE FAMILIA SOLAMENTE: Por favor complete  
(Elija código que mejor lo describa)

RAZA [ ]	GRUPO ÉTNICO [ ]
1- Blanco	1- Hispano
2- Negro	2- No Hispano
3- Asiático	

- Usted u otro adulto miembro de su composición familiar ha utilizado algún nombre que no sea suyo.  Sí  No Si contesta Sí, por favor explique  
\_\_\_\_\_
- Usted u otro adulto miembro de su composición familiar ha utilizado, número de Seguro Social que no sea suyo.  Sí  No Si contesta Sí, por favor explique  
\_\_\_\_\_

**Los siguientes ingresos o beneficios deben ser reportados:**

- Sueldo, salario, propinas y comisiones provenientes de empleo
- Trabajo por cuenta propia
- Beneficios de Seguro Social
- Asistencia Económica (TANF) (AE)
- Asistencia Nutricional (PAN)

- Pensión Alimentaria
- Pensión Matrimonial
- Compensación por Desempleo
- Ingresos de Fuerzas Armadas
- Beneficios de Veteranos
- Pensión de Retiro
- Incapacidad Estatal
- Compensación Fondo de Seguro del Estado
- Compensación patronal
- Intereses de Activos (Cuentas de Banco, Inversiones, Bonos etc.)
- Ingresos por propiedad rentada
- Ayuda Familiar, o de cualquier particular para el pago de deudas, compra de productos o de efectivo para cualquier miembro de la composición familiar.

**Información de Ingresos y/o Beneficios:** Favor de incluir la fuente y cantidad de los ingresos actuales recibidos por todos los miembros de la composición familiar.

Nombre	Fuente de Ingreso	Cantidad	Frecuencia
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal

- ¿Se le ha solicitado abandonar por acción gubernamental su casa en los pasados doce (12) meses debido a un desastre natural (ejemplo: fuego, inundación, desplazamiento de terreno)?  
 Sí    No   De haber contestado que **Sí** favor de presentar evidencia.
- ¿Está siendo usted desahuciado de su casa debido a gestión gubernamental o por su casero a través de un Tribunal de Justicia, por razones fuera de su control? (**No marque que Sí, si está siendo desahuciado porque no ha pagado la renta o porque el arrendador subió la renta mensual**)  
 Sí    No  
 De haber contestado que **Sí**, favor de presentar evidencia.
- ¿Usted, algún miembro de su composición familiar de dieciocho años o más, se encuentra trabajando al menos 20 horas a la semana, por un periodo consecutivo de seis (6) meses ó más?  
 Sí    No  
 De haber contestado que **Sí**, favor de presentar evidencia.
- ¿Es usted Víctima de Violencia Doméstica, Hostigamiento o Persecución?  Sí    No  
 De haber contestado **Sí**, favor de presentar evidencia.
- ¿Carece usted y su composición familiar de un lugar para pasar la noche, o reside en un refugio público o privado supervisado? ¿Alguna agencia de Seguridad Pública Estatal o Federal requiere que el estado le ofrezca protección?  
 Sí    No  
 De haber contestado **Sí**, favor de presentar evidencia.
- ¿Es usted, su cónyuge, pareja consensual o co-jefe, veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América?  
 Sí    No  
 De haber contestado **Sí**, favor de presentar evidencia.

9. ¿Está siendo usted involuntariamente separado de un menor del cual ostenta custodia, debido a que fueron removidos por el Departamento de la Familia?  Sí  No  
De haber contestado **Sí**, favor de presentar evidencia.

10. ¿Usted o algún miembro de su composición familiar requiere uno de los siguientes acomodados razonables o modificaciones en la unidad?  Sí  No  
Si marco que **Sí**, favor escoger todas las que le apliquen:

- Sillón de Ruedas
- Unidad Audiovisual
- Unidad en Primer Piso

- Animal de Servicio/ Compañía
- Servicio de Acompañante
- Otro adaptación física a la unidad

11. Mencione su dirección residencial en los últimos cinco años utilice papel adicional si es necesario

a. Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_

Nombre de los Dueños o Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Dueño: \_\_\_\_\_

b. Dirección Anterior: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_

Nombre de los Dueños o Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Dueño: \_\_\_\_\_

12. Reside usted o ha residido anteriormente en Proyecto de Vivienda Subsidiado por el gobierno federal como por ejemplo Sección 8 o Residencial Público?  Sí  No  
De haber contestado **Sí**, favor de completar lo siguiente:

a. Dirección: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Programa Subsidiado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

b. Dirección: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Programa Subsidiado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ATENCION SOLICITANTE:** Es usted responsable de mantener la información actualizada en su Solicitud de Vivienda Pública. La Administración de Vivienda Pública requiere que los cambios en su Solicitud relacionados a Dirección, Ingresos, Composición Familiar sean sometidos por escrito. **Si no podemos contactarlo a través de la dirección postal, número de teléfono o correo electrónico informado o actualizado por usted, procederemos a cancelar su Solicitud, por lo que deberá completar una nueva Solicitud.**

Es responsabilidad del solicitante proveer la información completa y exacta a la Administración de Vivienda Pública. De no someter toda la información requerida o brindar información falsa, la AVP, puede acusarle de Fraude Federal de acuerdo al Título 18 Sección 1001 del Código de los Estados Unidos.

Yo/Nosotros entendemos que de proveer información falsa, o incompleta en esta Solicitud, Yo/Nosotros podemos:

- Ser descalificados para la admisión
- Ser Desahuciados de la Unidad de Vivienda Pública
- Tener que pagar toda cantidad de subsidio de renta sobre pagado
- Ser multado por hasta \$10,000
- Ser encarcelado por hasta cinco (5) años
- Prohibirnos recibir asistencia por la AVP en el futuro
- Sujeto a penalidades por las leyes Estatales o Federales.

**YO/NOSOTROS CERTIFICAMOS QUE TODA LA INFORMACION PROVISTA ESTA COMPLETA Y REFLEJA LAS CIRCUNSTANCIAS ACTUALES DE NUESTRA FAMILIA.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Miembro Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Miembro Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Miembro Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

**IMPORTANTE: NO SE DEBE PAGAR O DAR DINERO A NADIE EN CONEXIÓN CON LA PREPARACION, ENTREGA Y PROCEDIMIENTO DE UNA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE VIVIENDA PUBLICA.**

Aviso: El Título 18 Sección 1001 de Código de los Estados Unidos, establece que una persona en conocimiento y acción de falsa representación o fraude, a cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos es culpable de un Delito.