

Fecha de sello o Fecha y hora
en que se dio la presolicitud al
Solicitante

Se puede solicitar este documento en formato accesible para personas con impedimentos físicos

Presolicitud de ingreso a la lista de espera de Colton Public Housing Community

P.O. Box 1787, San Bernardino, CA 92402

Se están aceptando solicitudes por parte de familias que demuestren necesitar apartamentos de tres (3), cuatro (4) o cinco (5) recámaras. La lista de espera para las familias que demuestran necesitar apartamentos de una (1) o dos (2) recámaras está cerrada por el momento. Los apartamentos se asignan a las familias en razón de dos (2) personas por recámara. Quien es cabeza de familia no necesita compartir su recámara más que con su cónyuge o su pareja.

Instrucciones: Por favor escriba con letra de molde toda la información y revise que la solicitud esté completa, legible y firmada. Devuelva la presolicitud a la Unidad de lista de espera de la HACSB, a la dirección arriba indicada. Cuando su nombre se inserte en la lista de espera, usted recibirá una carta de acuse de recibo, que deberá conservar. Si su solicitud está incompleta, se le devolverá sin incorporarlo a la lista de espera.

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Número de Seguro Social:	Número de teléfono:
Dirección: _____ _____	Tamaño de la familia: Número de adultos: _____ Número de niños: _____
Ciudad, Estado, Código postal:	Ingreso mensual total de la familia: \$ _____ X 12 \$ _____ Tipo de ingreso: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Otro

Por favor **encierre en un círculo** su respuesta a cada una de las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Son veteranos usted o su cónyuge o están en la actualidad en servicio activo en el ejército? | Sí | NO |
| ¿En su hogar hay un cónyuge u otra persona que también sea cabeza de familia? | Sí | NO |
| ¿Usted, su cónyuge o la otra cabeza de familia está empleado en el condado de San Bernardino? | Sí | NO |
| ¿Usted o algún miembro de su familia tiene impedimentos físicos debido a los cuales la Autoridad de Vivienda (Housing Authority) tenga que hacer ajustes moderados para que usted pueda usar este programa? | Sí | NO |

Los solicitantes quedarán registrados en orden según la fecha y hora en que pidieron la presolicitud, siempre que la devuelvan a la Autoridad de Vivienda en un plazo de 30 días a partir de la fecha y hora del sello de este formulario. Las presolicitudes que se reciban después de 30 días o que se impriman desde nuestra página web se registrarán según la fecha y hora en que se hayan recibido. Debe usted dar aviso por escrito de cualquier cambio en su dirección postal, composición familiar o ingresos, ya sea enviándolo por correo a la dirección arriba mencionada, por fax al (909) 890-5333, o como mensaje electrónico dirigido a AIB@hacsb.com. Se le indicará por correo cuando su solicitud se extraiga de la lista de espera.

Declaración: Por este medio declaro, bajo pena de perjurio, que a mi leal saber y entender toda la información que he dado en esta presolicitud es verdadera y correcta, y autorizo la verificación de los datos mencionados y la obtención de un informe de crédito. La Autoridad de Vivienda (Housing Authority) del condado de San Bernardino (HACSB) ha adoptado la política de investigar si los miembros adultos del hogar tienen antecedentes criminales. Entiendo que dar información falsa puede ser motivo de que se rechace mi solicitud. También entiendo que se me exigirá que entregue a la HACSB comprobantes y pruebas que sustenten cualesquiera de las declaraciones que he hecho en esta presolicitud.

Nombre (con letra de molde) de la cabeza del hogar

Firma de la cabeza del hogar

Fecha

