



APPLICATION
Housing Authority of the City of San Buenaventura

995 Riverside Street, Ventura, CA 93001 PHONE: (805) 648-5008 FAX: (805) 643-7984 TDD: 1-800-735-2929 Spanish 1-800-855-3000	11122 Snapdragon Street, Suite 100, Ventura, CA 93004 PHONE: (805) 647-5990 FAX: (805) 647-4691 TDD: 1-800-735-2929 Spanish 1-800-855-3000
---	---

What programs or developments are you applying for?
 ¿Para qué programas está usted aplicando?

The approximate wait for federally-funded assistance is up to 10 years from date of application.
This is a brief description of the housing programs available through the Housing Authority of the City of San Buenaventura (HACSB).

- **All applicants must meet income and eligibility guidelines before qualifying.**
- **Applicants living or working in the City of Ventura will have preference.**
- **Tenant rent is based on 30% to 40% of their income.**

PUBLIC (CONVENTIONAL) HOUSING:
Address: Varies - Unit location is based on an availability and date of application. Up to 6 bedrooms.
Unit Mix: 293+ Public Housing Units in the City of Ventura.
Eligibility Criteria: Must meet income, back ground requirements.

***NOTE/AVISO: USE LEGAL NAMES ONLY/*USE SOLO NOMBRES LEGALES**

HEAD OF HOUSEHOLD (Last, First, M.I.) (Apellido, Nombre, Inicial) MIEMBRO RESPONSABLE DEL HOGAR	GENDER GÉNERO	SOCIAL SECURITY # # DE SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO Month, day, year /Mes, día, año	MONTHLY INCOME INGRESOS MENSUALES	SOURCE OF INCOME ORIGEN DE INGRESOS

OTHER ADULTS (Last, First, M.I.) OTROS ADULTOS (Apellido, Nombre, Inicial)	GENDER GÉNERO	RELATIONSHIP TO HEAD RELACION AL RESPONSABLE DEL HOGAR	SOCIAL SECURITY # # DE SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO Month, day, year Mes, día, año	MONTHLY INCOME INGRESOS MENSUALES	SOURCE OF INCOME ORIGEN DE INGRESOS

MINORS (Last, First, M.I.) MENORES (Apellido, Primer, Inicial)	GENDER GÉNERO	RELATIONSHIP TO HEAD RELACION AL RESPONSABLE DEL HOGAR	SOCIAL SECURITY # # DE SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO

EMAIL ADDRESS:
 Correo electrónico

<u>Home Phone #</u> Número de Teléfono de Casa	<u>Cellphone #</u> Número de Teléfono Celular	<u>Work Phone #</u> Número de Teléfono del Trabajo

<u>Current MAILING Address / Domicilio para correspondencia</u>	<u>City/Cuidad</u>	<u>State/Estado</u>	<u>Zip Code / Código Postal</u>

<u>Current STREET Address / Domicilio actual</u>	<u>City/Cuidad</u>	<u>State/Estado</u>	<u>Zip Code / Código Postal</u>



1. Are you or any member of your household a person with a disability? ¿Usted o algún miembro de su familia tiene alguna incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you require an adapted unit to be accessible due to a disability or impairment? ¿Necesita usted una unidad accesible debido a una incapacidad?	<input type="checkbox"/> YES/Si	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Mobility Impairment Impedimento de Movilidad	<input type="checkbox"/> Hearing Impairment Impedimento de Escuchar	<input type="checkbox"/> Sight Impairment Impedimento de Vista

3. Are you or any member of your household a Veteran? ¿Usted o algún miembro de su familia es Veterano de Guerra?	<input type="checkbox"/> YES/Si	<input type="checkbox"/> NO
---	---------------------------------	-----------------------------

4. Is any household member subject to a life registration requirement under a state sex offender registration program? ¿Algún miembro de su familia esta obligado a registrarse bajo el programa de registro de ofensor sexual?	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> NO
--	---------------------------------	-----------------------------

5. Has any household member ever been convicted of drug-related criminal activity for manufacture or production of methamphetamine on the premises of federally assisted housing? / ¿Algún miembro del hogar ha sido convicto de actividad delictiva relacionada con drogas para la fabricación o producción de metanfetaminas en instalaciones de viviendas con asistencia federal ?	<input type="checkbox"/> YES/Si	<input type="checkbox"/> NO
--	---------------------------------	-----------------------------

6. Do you live in the City of Ventura? ¿Vive en la ciudad de Ventura	<input type="checkbox"/> YES/Si	<input type="checkbox"/> NO	7. Do you work in the City of Ventura? ¿Trabaja en la ciudad de Ventura?	<input type="checkbox"/> YES/Si	<input type="checkbox"/> NO
--	---------------------------------	-----------------------------	--	---------------------------------	-----------------------------

8. Have you ever received Section 8 or Public Housing Assistance? Alguna vez ha recibido Sección 8 o Vivienda Pública? <input type="checkbox"/> YES/Si <input type="checkbox"/> NO	-If yes, where? Si su respuesta es Sí, dónde? Did you leave owing money? ¿Quedo debiendo dinero? <input type="checkbox"/> YES/Si <input type="checkbox"/> NO
--	--

9. Are you currently homeless? ¿Está usted actualmente sin hogar?	<input type="checkbox"/> YES/Si <input type="checkbox"/> NO	If yes, how long? En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo?
---	---	---

-Please explain any periods of homelessness in the last year.
Explique todos los períodos que ha estado viviendo sin hogar en el último año. .

FOR STATISTICAL PURPOSES ONLY:
PARA ESTADÍSTICAS SOLAMENTE:
FOR HEAD OF HOUSEHOLD/PARA EL RESPONSABLE DEL HOGAR

RACE/RAZA (mark one/marque una)		ETHNICITY/ORIGEN ETNICO (mark one/marque una)	Primary Language Spoken (Primer Idioma)
<input type="checkbox"/> White/Blanco	<input type="checkbox"/> Asian/Oriental	<input type="checkbox"/> Hispanic/Hispano	
<input type="checkbox"/> Am. Ind/Nat. Alaskan	<input type="checkbox"/> Black/AfricanAm./Am.Africano	<input type="checkbox"/> Non Hispanic/No es Hispano	
<input type="checkbox"/> Nat. Hawaiian/ Other Pacific Islander			

NOTICE: YOU ARE REQUIRED TO NOTIFY THE HOUSING AUTHORITY IN WRITING OF ANY CHANGE OF ADDRESS. IF WE CANNOT CONTACT YOU AT THE LISTED ADDRESS YOUR NAME WILL BE REMOVED FROM THE WAITING LIST.
AVISO: ES REQUERIDO QUE USTED NOTIFIQUE A LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS POR ESCRITO DE CAMBIOS DE DOMICILIO. EN CASO QUE NO PODAMOS COMUNICARNOS AL DOMICILIO RECIENTE EN SU ARCHIVO, SU NOMBRE SERA REMOVIDO DE LA LISTA DE ESPERA.

I do hereby certify that/ Yo certifico que:
 -All the information I have provided is true and complete.
Toda la información que he dado es verdadera y completa.
 -The Housing Authority has my permission to inquire and verify all information as necessary to establish eligibility.
La Autoridad de Viviendas tiene mi permiso para preguntar y verificar toda información necesaria para establecer mi elegibilidad.
 -I understand that providing false information is an offense under federal, state and local laws and is grounds to deny assistance.
Yo comprendo que proveer información falsa es una ofensa bajo la ley federal, estatal y local y es motivo para negar asistencia
 -I understand that I must report any changes in my family size, address or telephone number as they occur in writing.
Yo comprendo que tengo que reportar cambios en el tamaño de mi familia, domicilio y numero teléfono cuando ocurren por escrito
 -I understand that the application must be complete in order to process. Applications turned into the office incomplete, will be returned to the applicant. The date the COMPLETED application is received will be the effective "date of application" on record.
Yo comprendo que la aplicación tiene que estar completa para procesar. Aplicaciones incompleta que son sometidas a la oficina serán regresadas al solicitante. La fecha que aparece en la aplicación COMPLETA será la "fecha efectiva de la aplicación" en el archivo.

Signature/Firma: _____ Date / Fecha: _____

Spouse/Esposo (a) / Other adult member / Otro miembro adulto: _____ Date / Fecha: _____

Other adult member / Otro miembro adulto: _____ Date / Fecha: _____

Other adult member / Otro miembro adulto: _____ Date / Fecha: _____

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:											
Mailing Address:											
Telephone No:	Cell Phone No:										
Name of Additional Contact Person or Organization:											
Address:											
Telephone No:	Cell Phone No:										
E-Mail Address (if applicable):											
Relationship to Applicant:											
Reason for Contact: (Check all that apply) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emergency</td> <td><input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unable to contact you</td> <td><input type="checkbox"/> Change in lease terms</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Termination of rental assistance</td> <td><input type="checkbox"/> Change in house rules</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eviction from unit</td> <td><input type="checkbox"/> Other: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Late payment of rent</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process	<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms	<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules	<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Late payment of rent	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process										
<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms										
<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules										
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____										
<input type="checkbox"/> Late payment of rent											
Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.											
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.											
Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.											

Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

Signature of Applicant

Date

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Firma del Solicitante

Fecha

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respaldar los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.