DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

SOLICITUD DE INGRESO

**Estimado solicitante:**

**La información de este formulario se necesita para determinar si su grupo familiar puede participar en el Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (THDCA, por sus siglas en inglés). Por favor, complete todo el formulario y *no deje espacios en blanco*.**

**Si no comprende alguna pregunta, contacte al administrador del contrato, al propietario o al personal de la Oficina de Administración. Agradecemos por adelantado su colaboración.**

|  |  |
| --- | --- |
| I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN | |
| **Nombre del administrador/propietario/administración:** | **Número de TDHCA:** |
| **Nombre de la persona de contacto:** | **Cargo de la persona de contacto:** |
| **Dirección:** | **Teléfono:** |
| **Dirección de correo electrónico:** | **Fax:** |

|  |  |
| --- | --- |
| II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE | |
| A. INFORMACIÓN DE CONTACTO | |
| **Dirección:**  Alquiler  Propio  **(como figura en la licencia de conducir o la identificación expedida por el gobierno)** | **Apartamento N.°:** |
| **Ciudad/Estado/Código postal:** | **Condado:** |
| **Dirección actual:**  Alquiler  Propio  **(si es diferente a la anterior)** | **Apartamento N.°:** |
| **Ciudad/Estado/Código postal:** | **Condado:** |
| **Dirección de correo electrónico:** | **Teléfono particular: ( )**  **Teléfono celular: ( )** |
| **Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia:** | **Teléfono: ( )** |

|  |  |
| --- | --- |
| B. INFORMACIÓN SOBRE EL LUGAR DE RESIDENCIA ANTERIOR | |
| **Dirección/Ciudad/Estado anteriores:**  Alquiler  Propio | **Costo mensual:** |
| **Motivo por el cual se mudó:** | **Ocupado durante: \_\_\_años \_\_\_meses** |
| **Nombre de la persona de contacto/Casero:** | **Teléfono:** |

|  |
| --- |
| C. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR – Indique quién es la cabeza del grupo familiar y todas las demás personas que lo integran |

|  | **Nombre completo (tal como aparece en la licencia de conducir u otra identificación emitida por el gobierno)** | **Parentesco con la cabeza del grupo familiar** | **Fecha de nacimiento** | **Tipo de estudiante T/C=Tiempo completo T/P=Tiempo parcial** | **N.° de seguro social / N.° de registro de extranjero** | **Recibe ingresos** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | **Cabeza del grupo familiar** |  | T/C  T/P  N/A |  | **Sí**  **No** |
| 2 |  | **Corresponsable**  **Cónyuge**  **Dependiente**  **Otro adulto** |  | T/C  T/P  N/A |  | **Sí  No** |
| 3 |  | **Corresponsable**  **Cónyuge**  **Dependiente**  **Otro adulto** |  | T/C  T/P  N/A |  | **Sí  No** |
| 4 |  | **Corresponsable**  **Cónyuge**  **Dependiente**  **Otro adulto** |  | T/C  T/P  N/A |  | **Sí  No** |
| 5 |  | **Corresponsable**  **Cónyuge**  **Dependiente**  **Otro adulto** |  | T/C  T/P  N/A |  | **Sí  No** |
| 6 |  | **Corresponsable**  **Cónyuge**  **Dependiente**  **Otro adulto** |  | T/C  T/P  N/A |  | **Sí  No** |
| 7 |  | **Corresponsable**  **Cónyuge**  **Dependiente**  **Otro adulto** |  | T/C  T/P  N/A |  | **Sí  No** |
| 8 |  | **Corresponsable**  **Cónyuge**  **Dependiente**  **Otro adulto** |  | T/C  T/P  N/A |  | **Sí  No** |

|  |
| --- |
| D. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR |
| ¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?  NO  SÍ,  ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente es un niño en cuidado sustituto?  NO  SÍ,  ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en el hogar como acompañante?  NO  SÍ,  ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal?  NO  SÍ,  ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indique el motivo de la ausencia temporal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses?   NO  SÍ    Si la respuesta es afirmativa, explique el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| E. INFORMACIÓN SOBRE VETERANOS |
| ¿Alguno de los miembros del grupo familiar es un veterano?  NO  SÍ, ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*\*\* Información importante para antiguos miembros de los servicios militares. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Marina de Guerra, el Cuerpo de Infantería de Marina, la Guardia Costera, el Ejército de Reserva o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para servicios y beneficios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas (Texas Veterans Portal) en <https://veterans.portal.texas.gov/>. |

|  |
| --- |
| F. INGRESOS ANUALES (indique TODOS los ingresos que reciben los adultos y los niños en su grupo familiar, excepto los ingresos laborales de las personas menores de 18 años) |

| **Identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes, incluidos los pagos periódicos:** | | **Cabeza del grupo familiar** | **Corresponsable/Cónyuge** | **Otro(s) miembro(s) adulto(s)** | **Hijo, dependiente u otro miembro adulto** | **Total** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Salario** | **Sí** **No** |  |  |  |  |  |
| **Pago de horas extras** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Comisiones/Honorarios** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Propinas y bonos** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Salario de un 2.° empleo** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Ingresos temporales** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Ingresos de las Fuerzas Armadas** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Intereses/Dividendos** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Ingresos netos comerciales** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Ingresos netos de alquiler** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Seguridad Social** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Seguridad de Ingreso Suplementario** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Pensión** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Fondos de retiro** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Apoyo familiar** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Beneficios de desempleo** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Indemnización laboral** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Pensión alimenticia** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Manutención infantil (indique de qué tipo)** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| Anticipada, voluntaria, ordenada por tribunal (independientemente de si es pagada) | |  |  |  |  |  |
| **AFDC/TANF** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Beca o subvención educativa** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Otro:**  **Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Sí No** |  |  |  |  |  |
| **Total:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| G. INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL ACTUAL – Miembro n.º 1 del grupo familiar | | | | | | | |
| Nombre del miembro del grupo familiar | | Ocupación | | | Teléfono del trabajo | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Fecha de contratación | Por hora Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Salario $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mensual  Anual Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Horas trabajadas por semana | | Fecha de su último empleo | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL PARA EL SEGUNDO EMPLEO – Miembro n.º 1 del grupo familiar | | | | | | | |
| Nombre del miembro del grupo familiar | | Ocupación | | | Teléfono del trabajo | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Fecha de contratación | Por hora Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Salario $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mensual  Anual Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Horas trabajadas por semana | | Fecha de su último empleo | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL ACTUAL – Miembro n.º 2 del grupo familiar | | | | | | | |
| Nombre del miembro del grupo familiar | | Ocupación | | | Teléfono del trabajo | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Fecha de contratación | Por hora Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Salario $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mensual  Anual Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Horas trabajadas por semana | | Fecha de su último empleo | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL PARA EL SEGUNDO EMPLEO – Miembro n.º 2 del grupo familiar | | | | | | | |
| Nombre del miembro del grupo familiar | | Ocupación | | | Teléfono del trabajo | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Fecha de contratación | Por hora Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Salario $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mensual  Anual Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Horas trabajadas por semana | | Fecha de su último empleo | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL ACTUAL – Miembro n.º 3 del grupo familiar | | | | | | | |
| Nombre del miembro del grupo familiar | | Ocupación | | | Teléfono del trabajo | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Fecha de contratación | Por hora Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Salario $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mensual  Anual Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Horas trabajadas por semana | | Fecha de su último empleo | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL PARA EL SEGUNDO EMPLEO – Miembro n.º 3 del grupo familiar | | | | | | | |
| Nombre del miembro del grupo familiar | | Ocupación | | | Teléfono del trabajo | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Fecha de contratación | Por hora Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Salario $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mensual  Anual Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Horas trabajadas por semana | | Fecha de su último empleo | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL ACTUAL – Miembro n.º 4 del grupo familiar | | | | | | | |
| Nombre del miembro del grupo familiar | | Ocupación | | | Teléfono del trabajo | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Fecha de contratación | Por hora Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Salario $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mensual  Anual Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Horas trabajadas por semana | | Fecha de su último empleo | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO LABORAL PARA EL SEGUNDO EMPLEO – Miembro n.º 4 del grupo familiar | | | | | | | |
| Nombre del miembro del grupo familiar | | Ocupación | | | Teléfono del trabajo | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Fecha de contratación | Por hora Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Salario $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mensual  Anual Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Horas trabajadas por semana | | Fecha de su último empleo | |

|  |
| --- |
| H. ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR (indique si alguien tiene alguno de los siguientes tipos de activos e incluya a los dependientes menores de 18 años) |

| **Identifique todas las fuentes de activos** | | **Valor en efectivo** | **Ingresos por activos (intereses/dividendos)** | **Nombre de la**  **institución financiera** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cuenta corriente** | **Sí No** |  |  |  |
| **Cuenta(s) corriente(s) adicional(es)** | **Sí No** |  |  |  |
| **Cuenta de ahorros** | **Sí No** |  |  |  |
| **Cuenta(s) de ahorros adicional(es)** | **Sí No** |  |  |  |
| **Cuenta(s) de cooperativas de ahorro y crédito** | **Sí No** |  |  |  |
| **Acciones, bonos, fondos mutuos\*** | **Sí No** |  |  |  |
| **Bien raíz o vivienda** | **Sí No** |  |  |  |
| **Cuenta(s) IRA/Keogh\*** | **Sí No** |  |  |  |
| **Fondo(s) de pensión/retiro\*** | **Sí No** |  |  |  |
| **Fondo(s) fiduciario(s)** | **Sí No** |  |  |  |
| **Pagaré hipotecario** | **Sí No** |  |  |  |
| **Valor en efectivo de seguro vitalicio** | **Sí No** |  |  |  |
| **Bienes raíces/Terrenos\*** | **Sí No** |  |  |  |
| **Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Sí No** |  |  |  |

\*Cuando indique el “valor en efectivo” de los activos con asterisco, escriba el monto que usted tendría si fuera convertido en efectivo. A ese monto, debe haberle deducido toda multa por retiro anticipado, el monto utilizado para amortizar un saldo o cualquier tarifa que se le cobre por la conversión.

|  |
| --- |
| I. INFORMACIÓN SOBRE LOS ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR |
| 1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? *(si una vivienda fue liberada debido a una ejecución hipotecaria, quiebra o divorcio, responda no)*   NO  SÍ En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de una vivienda durante los últimos dos años?    NO  SÍ En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Es actualmente propietario?  NO  SÍ En caso negativo, ¿cuándo fue enajenada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si la respuesta es afirmativa, ¿Está alquilándola?  NO  SÍ  ¿Está vacía?  NO  SÍ  ¿Está en proceso de venta?  NO  SÍ |

|  |
| --- |
| J. AYUDA PARA VIVIENDA – Indique toda ayuda proporcionada o recibida por alguno de los miembros del grupo familiar |

| **Fuente** | | **Monto** | **Fecha de recepción** | **Motivo** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FEMA** | **Sí No** |  |  |  |
| **(Federal Emergency Management Agency – Agencia Federal para el Manejo de Emergencias)** | |  |  |  |
| **SBA** | **Sí No** |  |  |  |
| **(Small Business Administration – Administración de Pequeñas Empresas)** | |  |  |  |
| **Sección 8** | **Sí No** |  |  |  |
| **(Housing and Urban Development – Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano)** | |  |  |  |
| **TBRA** | **Sí No** |  |  |  |
| **(Tenant Based Rental Assistance – Asistencia con el Alquiler para Inquilinos)** | |  |  |  |
| **Seguros** | **Sí No** |  |  |  |
| **(Propietario)** | |  |  |  |
| **Otro** | **Sí No** |  |  |  |
| **Explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  |  |  |

|  |
| --- |
| K. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES |
| 1. ¿Alguien del grupo familiar presta servicios en la actualidad (o lo hizo durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, el administrador o el propietario del desarrollo?  NO  SÍ  Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién, la organización y la función que desempeñó. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Desempeña actualmente esa función?  NO  SÍ   Si la respuesta es NEGATIVA, indique la fecha en que dejó de hacerlo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta servicios en la actualidad (o lo hizo durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, el administrador o el propietario del desarrollo (tanto por lazos familiares como comerciales)?  NO  SÍ  Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién, la organización y la función que desempeñó. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Desempeña actualmente esa función?  NO  SÍ   Si la respuesta es NEGATIVA, indique la fecha en que dejó de hacerlo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| L. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE –Tenga en cuenta que esta información se utilizará para determinar si su grupo familiar puede participar en el Programa de Vivienda Asequible (Affordable Housing Program) del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (Texas Department of Housing and Community Affairs). |
| **DIVULGACIÓN:** mediante mi (nuestra) firma aquí o en el formulario de autorización y consentimiento adjunto, autorizo (autorizamos) la divulgación y/o la verificación de mi (nuestra) información laboral.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente Firma Fecha  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en letra de imprenta del solicitante conjunto/residente Firma Fecha  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en letra de imprenta del miembro adulto Firma Fecha  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en letra de imprenta del miembro adulto Firma Fecha |

**Advertencia: la sección 1001 del título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito penal hacer declaraciones falsas en forma premeditada a cualquier departamento o agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.**