



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN PARA LISTA DE ESPERA

4020 Civic Center Dr
San Rafael, CA 94903-4173

ESTE FORMULARIO SÓLO ES PARA QUIENES YA SE ENCUENTREN EN UNA LISTA DE ESPERA DE LA MHA
Asegúrese de contestar todo el formulario y de escribir de manera clara y legible.

*NOMBRE: _____ *NSS: _____
*DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
_____ *EDIFICIO: _____
_____ Correo Electrónico: _____

* indica información requerida

POR FAVOR ANOTE A CONTINUACIÓN TODOS LOS CAMBIOS EN SU SITUACIÓN:

- ¿Se encuentra actualmente sin hogar?
SÍ NO ¿Carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada?
SÍ NO La principal residencia nocturna que usted tiene, ¿es un Refugio Público o Privado supervisado que le proporciona alojamiento temporal?
SÍ NO ¿Vive usted en un lugar público o privado que NO se usa por lo general para el alojamiento de seres humanos (sin instalaciones de plomería, electricidad, calefacción o cocina. Como dormir en un auto o en un campamento)?
SÍ NO ¿Puede un profesional en la materia que se ocupa de personas sin hogar verificar su situación sin hogar?
- ¿Ha sido usted desplazado en contra de su voluntad?, (sacado de su hogar) ya sea:
SÍ NO ¿Por un Desastre Natural (fuego, inundación, etc.), O una Agencia del Gobierno le está forzando, o se le ha forzado a mudarse debido al cumplimiento de un código, mejora o desarrollo público?
SÍ NO ¿Por ser Víctima de Violencia Doméstica (debe haber ocurrido hasta un año antes de la fecha de solicitud)?
SÍ NO ¿Participa actualmente en un Programa Federal o Estatal de Protección a Testigos. (No incluye al Programa de Ayuda para Víctimas)?
SÍ NO ¿Por un Crimen de Odio (debe haber ocurrido en un lapso de 30 días previos o ser de Naturaleza Permanente. Esta opción no está disponible para solicitantes de la Sección 8)?
- ¿Usted o su cónyuge/co-responsable trabaja actualmente? O ¿Usted o su cónyuge/co-responsable asiste a una institución educativa o a cualquier otro programa de adiestramiento a tiempo completo? (Si usted o su cónyuge/co-responsable tiene más de 62 años o está discapacitado, esta respuesta debería ser un SÍ, y tendrá estos puntos para esta preferencia automáticamente)
SÍ NO
- ¿Usted o su cónyuge/co-responsable, es actualmente miembro de las fuerzas armadas, o veterano, o cónyuge sobreviviente de un veterano?
SÍ NO
- Usted o su cónyuge/co-responsable:
SÍ NO ¿tiene al menos 62 años de edad?
SÍ NO ¿está discapacitado/ tiene capacidades diferentes?
SÍ NO ¿tiene familiares, dos o más personas que viven en el hogar de usted?
- Usted o cualquier miembro de su hogar ha participado con éxito o se encuentra participando en un Programa de Apoyo a la Vivienda a personas Discapacitadas que **además** no tienen hogar? (Esta Preferencia NO está disponible para Solicitantes de Vivienda Pública).
SÍ NO

Es responsabilidad del solicitante mantener esta información al corriente en todo momento. Si usted no contesta la correspondencia de la MHA, o si la correspondencia que se le envía a usted es devuelta a la MHA, su solicitud será retirada de la Lista de Espera.

Reverso

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE LISTA DE ESPERA

Además del inglés, nuestras oficinas proporcionan documentos y servicios de traducción en persona tanto para español como para vietnamita. Si se solicita, también podemos proporcionar servicios de traducción para llamada de teleconferencia en muchos otros idiomas. Por favor indique el idioma en el que usted prefiere comunicarse.

IDIOMA PREFERIDO: INGLÉS ____ ESPAÑOL ____ VIETNAMITA ____ o _____

¿CUÁNTAS PERSONAS SE ENCUENTRAN ACTUALMENTE EN EL HOGAR? _____

¿DESEARÍA AGREGAR UN MIEMBRO DEL HOGAR A SU PRE-SOLICITUD?: SÍ/NO

(Si usted agrega algún miembro o miembros a su pre-solicitud, favor de proporcionar la siguiente información individual):

Nombre	Fecha de Nac.	Ciudadano/Género Inmigrante	Relación	N° Seguridad Social
Nombre	Fecha de Nac.	Ciudadano/Género Inmigrante	Relación	N° Seguridad Social
Nombre	Fecha de Nac.	Ciudadano/Género Inmigrante	Relación	N° Seguridad Social
Nombre	Fecha de Nac.	Ciudadano/Género Inmigrante	Relación	N° Seguridad Social
Nombre	Fecha de Nac.	Ciudadano/Género Inmigrante	Relación	N° Seguridad Social

¿DESEARÍA ELIMINAR A UN MIEMBRO DEL HOGAR EN SU PRE-SOLICITUD?: SÍ/NO

(Si usted elimina a algún miembro o miembros en su pre-solicitud, por favor proporcione la siguiente información individual):

Nombre	Fecha de Nac.	Ciudadano/Género Inmigrante	Relación	N° Seguridad Social
Nombre	Fecha de Nac.	Ciudadano/Género Inmigrante	Relación	N° Seguridad Social
Nombre	Fecha de Nac.	Ciudadano/Género Inmigrante	Relación	N° Seguridad Social

“Si usted o cualquier miembro de su hogar es una persona con discapacidades y requiere adaptaciones específicas para usar plenamente nuestros programas y servicios, por favor explíquelo a continuación”.

NOTAS: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Autoridad de Vivienda del
Condado de Marin

415/491-2525

(FAX) 415/472-2186
(TDD) 1-800-735-2929

www.marinhousing.org

ACTUALIZACIÓN
INGRESADA EL: