

Housing Authority of the City of Gainesville



Eligibility Pre-Application **Pre-Applicación de Elegibilidad**



APPLICANT FAMILY/FAMILIA SOLICITANT

APPLICANTS FOR PUBLIC HOUSING

Dear Applicant:

As part of our application process, we require that you inform us if you are declaring a preference for admissions to our program. This agency has adopted ranking preferences for the following:

Category 1

Working families as defined by those families whose Head of Household and/or Spouse have been working full-time (35 hours/week) for a minimum period of 9 months (documented wage earnings). Applicants whose head of household or Spouse are elderly and/or disabled will qualify for this reference and will be given additional preference for 1 bedroom units over other families. Those who have been Involuntarily Displaced due to a Federally Declared Disaster.

If you meet this Category Definition Check here: _____

Category 2

Working Family. At least one family member (must be family head or spouse) who is employed at least 15 hours per week (9 months of documented wage earnings) or enrolled in a secondary education program full-time.

If you meet this Category Definition Check here: _____

Category 3

(1) The Head of Household or Married Spouse is actively participating in a family treatment court including Drug/DUI courts, and/or Juvenile Courts Recovery Program and Mental Health services. These individuals must have provided documentation demonstrating progress towards meeting goals and remaining actively involved in their Court Ordered Counseling (A referral form will be required from the courts). Veterans and veteran's families and those who are live and/or work in Hall County. Youth in foster care that have aged out and are continuing education and job training through DFCS program. Victims of Domestic Violence who have actively participating for 60 days in a residential Domestic Violence Shelter.

If you meet this Category Definition Check here: _____

Category 4

All other eligible applicants.

The date and time of application will be noted and utilized to determine the sequence within the above prescribed preferences.

You will be required to submit evidence of meeting this category at the time of receiving your pre-application.

GHA Use Only: Evidence Supplied: _____ Initials: _____

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

Dear Applicant:

Thank you for your interest in living with the Gainesville Housing Authority. This packet is an eligibility pre-application; therefore, it is very important to fill it out completely and carefully, so that our Occupancy Office staff may serve you as efficiently as possible, we need your help with the following:

Complete the entire Pre-eligibility application. Do Not leave blanks on the form. Use N/A (Not Applicable) if a question does not apply to you.

Bring your Photo ID and a completed eligibility pre-application to the Admissions and Occupancy Office on any month between the 15th and 20th during regular business days between 8:30 a.m. and 11:00 a.m. All documentation must be **original**:

- Original birth certificate for all household members;
- Original verifications of all employment income (last 4 paystubs) Social Security Letter;
- Child Support, TANF Award Letter;
- Original Social Security cards for all household members
- Original marriage license or divorce decree
- Pregnancy verifications (from doctor or clinic)
- Verification of food stamp letter (if it applies to you)
- Picture ID for all the adult members of the household
- Police Background Check will be performed.
- Previous rental history for the past 10 years.
- Please bring your complete name, address and telephone number of landlords

Additional documentation may be necessary and requested at time of interview to determine eligibility and suitability for public housing or rent calculation. Please do not bring small children with you as this will interfere with the interview process.

If you have any other questions regarding this process, please call the Admissions and Occupancy Office at 770-536-1294 on Thursday afternoon between 1 p.m. and 4 p.m. only.

Sincerely,

Judith A. Escamilla

Judith A. Escamilla
Executive Director

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

Estimado Appicante,

Gracias por su interés en vivir con la Autoridad de Vivienda de Gainesville. Este paquete es una solicitud de elegibilidad, por lo que es muy importante que llene la aplicación completamente y cuidadosamente, para que nuestro personal de la oficina le pueda servir más eficientemente, necesitamos su ayuda con lo siguiente:

Completar la solicitud de elegibilidad. No deje espacios en blanco en esta forma. Use N / A, si una pregunta no aplica a usted.

Traiga su solicitud completa a la Oficina de Admisiones entre el 15 al 20 de cada mes, durante los días hábiles entre las 8:30 am y 4:30 pm. También tendrá que traer la siguiente información con usted en originales.

- Certificado de nacimiento para todos los miembros del hogar
- Verificaciones de todos los ingresos (Últimos 4 talones de cheque)
- Tarjeta de Seguro Social para todos los miembros del hogar
- Acta de matrimonio o divorcio
- Verificación de embarazo (del médico o clínica)
- Verificación de estampillas de alimento (si aplica a usted)
- Identificación con foto para los mayores de edad de su familia

Documentación adicional puede ser necesaria y solicitada en el momento de la entrevista para determinar la elegibilidad para vivienda pública o la calculación de la renta.

Además le queremos notificar que tenemos cuatro diferentes categorías, las cuales un miembro de nuestra agencia le explicara la definición de cada categorías para saber en cual entra su aplicación. Usted podrá encontrar estas categorías pegadas en nuestro lobby.

Si usted tiene alguna otra pregunta con respecto a este proceso, por favor llame a la Oficina de Admisiones al Martes entre La 1 y hasta las 4 en la tarde a 770-536-1294

Sinceramente,

Judith A. Escamilla

Judith A. Escamilla
Director Ejecutivo

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

1. APPLICANT/SOLICITANTE:

First Name/Primer Nombre _____ Middle Name/Segundo Mombre _____ Last Name/Apellido _____

Address/Direccion _____

City/Cuidad _____ State _____ Zip Code/Codigo Postal _____

Phone #/Telefono (Home/Hogar) _____ Phone #/Telefono (Cell/Celular) _____

SSN #/ Seguro Social _____

Driver's License #/ State--Licencia de Conducir, Estado _____

Birth Place/City – Lugar de Nacimiento/Ciudad _____

Birth Date/Fecha de Nacimiento _____

HUD requires the Housing Authority to collect this information for statistical purposes. What is your race? Ethnicity? HUD exige a la Autoridad de Vivienda recolectar la siguiente información para fines estadísticos.

¿Cuál es su origen étnico?

African American/Afro Americano	_____	American Indian or Alaskan Native	_____
Indio Americano o Native de Alaska	_____	White/Blanco	_____
Asian or Pacific Islander	_____	Asiatico o Isleno del Pacífico	_____
Hispanic/Hispanico	_____	Other/Otro	_____

Check all that apply/Marque todo lo que aplique: Male/Masculino _____ Female/Femenino _____

Single/Soltero	_____	Married/Casado	_____	Divorced/Divorciado	_____
Widow/Vuydi	_____	Student/Estudiante	_____	Disabled/Discapitado	_____
Employed/Empleado	_____	Unemployed/Desempleado	_____	Selfemployed/Independiente	_____
Separated/Separado	_____	Handicapped/Invalido	_____	Retired/Retirado	_____

If separated or divorced, complete the following information: Si esta separado o divorciado, por favor completar la siguiente información.

Spouse/Ex –spouse / Conyuge/ExConyugue _____ Address/Direccion _____

Birth Date/ Fecha de Nacimiento _____

SSN #/ #Seguro Social Yes _____ No _____

Have you ever used a different name? Yes _____ No _____

Alguna vez ha utilizado otro nombre? Si _____ No _____

If yes, please state the name _____

Si su respuesta fue si, por favor provea al nombre _____

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

2. OTHER ADULT HOUSEHOLD MEMBER(2): OTRO(S) MIEMBRO(S) ADULTO(S) de la CASA:

First Name/Primer Mombre	Middle Name/Segundo Nombre	Last Name/Apellido	
Address/Direccion	City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Codigo Postal
Phone #/Telefono (Home/Hogar)		Phone#/Telefono (Cell/Cellular)	
SSN #/ Seguro Social		Driver's License#,State/ #Licencia de Conducir, Estado	
Birth Place/City – Lugar de Nacimiento/Ciudad		Birth Date/Fecha de Nacimiento	

HUD requires the Housing Authority to collect this information for statistical purposes. What is your race? Ethnicity? _____

HUD exige a la Autoridad de Vivienda recolectar la siguiente informacion para fines estad Isticos. ¿Cuál es su origen? Etnico? _____

- | | | | |
|------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| African-American/Afro Americano | ___ | American Indiano or Alaskan Native | ___ |
| Indio Americano o Nativo de Alaska | ___ | White/Blanco | ___ |
| Asian or Pacific Islander | ___ | Asiatico o Isleno del Pacífico | ___ |
| Hispanic/Hispanico | ___ | Other/Otro | ___ |

Check all that apply/ Marque todo lo que aplique: Male/Masculino ___ Female/Fememino ___

- | | | | | | |
|--------------------|-----|------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| Single/Soltero | ___ | Married/Casado | ___ | Divorced/Divorciado | ___ |
| Widow/Viudo | ___ | Student/Estudiante | ___ | Disabled/Discapacitado | ___ |
| Employed/Empleado | ___ | Unemployed/Desempleado | ___ | Self-employed/Independiente | ___ |
| Separated/Separado | ___ | Handicapped/Invalido | ___ | Retired/Retirado | ___ |

If separated or divorced, complete the following information:
Si esta separado o divorciado, por favor completar la siguiente informacion:

Spouse/Ex –spouse – Conyuge/Ex –Conyuge	Address/Direccion
SSN #/ #Seguro Social	Birth Date/Fecha de Nacimiento

3. CHILDREN IN HOUSEHOLD: List all children under the age of 18 years living with you. NINOS EN EL HOGAR Elabore una lista de todos los niños menotes de 18 anos de edad que viven con usted.

a) _____

First Name/Primer Nombre	Middle Name/Segundo Nombre	Last Name/Apellido
--------------------------	----------------------------	--------------------

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

Address/Direccion

SSN## Seguro Social Sex/Sexo Birth Date/Fecha de Nacimiento

Birth Place, City/Lugar de Nacimiento, Ciudad School Name/Nombre del escuela

Relationship to head of household/Parentesco con el/la jefe de hogar

Mother's name/Nombre de la Madre SSN ##Seguro Social Birth Date/Fecha de Nacimiento

Mother's address/Direccion de la Madre

Father's name/Nombre del Padre SSN ##Securo Social Birth Date/Fecha de Nacimiento

Father's address/Direccion del padre

Race/Ethnicity – Origen/Etnica:

African-American/Afro Americano	—	White/Blanco	—
Hispanic/Hispanico	—	American Indian or Alaskan Native	—
Indio Americano o Nativo de Alaska	—	Asian or Pacific Islander	—
Asiatico o Isleno del Pacífico	—	Other/Otro	—

b) _____

First Name/Primer Nombre	Middle Name/Segundo Nombre	Last Name/Apellido
--------------------------	----------------------------	--------------------

Address/Direccion

SSN ## Seguro Social Sex/Sexo Birth Date/Fecha de Nacimiento

Birth Place, City/Lugar de Nacimiento, Ciudad School Name/Nombre del escuela

Relationship to head of household/Parentesco con el/la jefe de hogar

Mother's name/Nombre de la Madre Soc. Security ##Seguro Social Birth Date/Fecha de Nacimiento

Mother's address/Direccion de la Madre

Father's name/Nombre del Padre SSN ##Securo Social Birth Date/Fecha de Nacimiento

Father's address/Direccion del padre

Race/Ethnicity – Origen/Etnica:

African-American/Afro Americano	—	White/Blanco	—
---------------------------------	---	--------------	---

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

Hispanic/Hispanico	___	American Indian or Alaskan Native	___
Indio Americano o Nativo de Alaska	___	Asian or Pacific Islander	___
Asiatico o Isleno del Pacífico	___	Other/Otro	___

c) _____

First Name/Primer Nombre Middle Name/Segundo Nombre Last Name/Apellido

Address/Dirección

SSN ### Seguro Social Sex/Sexo Birth Date/Fecha de Nacimiento

Birth Place, City/Lugar de Nacimiento, Ciudad School Name/Nombre del escuela

Relationship to head of household/Parentesco con el/la jefe de hogar

Mother's name/Nombre de la Madre SSN ### Seguro Social Birth Date/Fecha de Nacimiento

Mother's address/Dirección de la Madre

Father's name/Nombre del Padre SSN ### Seguro Social Birth Date/Fecha de Nacimiento

Father's address/Dirección del padre

Race/Ethnicity – Origen/Etnica:

African-American/Afro Americano	___	White/Blanco	___
Hispanic/Hispanico	___	American Indian or Alaskan Native	___
Indio Americano o Nativo de Alaska	___	Asian or Pacific Islander	___
Asiatico o Isleno del Pacífico	___	Other/Otro	___

4. FOSTER CHILDREN: List complete name of any Foster children living in the household. Menor(es) bajo custodia: Escriba el nombre completo de cualquier niño adoptivo que viva en el hogar.

5. ARE THERE ANY FULL-TIME STUDENTS 18 YEARS OR OLDER RESIDING IN HOUSEHOLD. NOMBRE DE TODOS LOS ESTUDIANTES EN TIEMPO COMPLETO QUE TENGAN 18 AÑOS O MAS

Student's name/Nombre del Estudiante/ School Address/ Nombre y dirección del colegio

6. WORK HISTORY: List all household members who are working and not full-time students

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

HISTORIA LABORAL: Nombre a todos los miembros que trabajan y no sean estudiantes a tiempo completo. (Use additional sheets if necessary)

Name/Nombre Occupation/Ocupacion Gross wages per month/Salario bruto mensual

Employer's name/Nombre del Empleador Address/Direccion Telephone/Telefono

Name/Nombre Occupation/Ocupacion Gross wages per month/Salario bruto mensual

Employer's name/Nombre del Empleador Address/Direccion Telephone/Telefono

Name/Nombre Occupation/Ocupacion Gross wages per month/Salario bruto mensual

Employer's name/Nombre del Empleador Address/Direccion Telephone/Telefono

7. INCOME; – List all sources of income for all family member, including children, which is received or expected during the year

INGRESOS: – Elabora una lista de todas las fuentes de ingreso para todos los miembros de la familia, incluyendo a los niños. Incluya todas las fuentes de ingreso que se reciben o que se esperan recibir durante el año.

<u>Income/Ingreso</u>	<u>Individual/Individuo Name/Nombre</u>	<u>Amount/Monto</u> \$
TANF		
Unemployment/Desempleo		
State Disability/Beneficios Estales por		
Discapacidad		
Workers Compensation/ Compensacion Laboral		
Work Study/Trabajo-Estudio		
Educational Loans/ Prestamos de Estudio		
Grants, Scholarships/Fondos Gratuitos, Becas de Estudio		
Child Support/Pension para el sustemo de los hijos		
Alimony/Pensiones		
Social Security/Seguro Social		
SSI		
Retirement/Jubilacion		
Military Allotment/Asignacion Militar		
Other Income/Otros Ingresos		
Total Income/Ingresos Totales		\$

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

If you receive TANF, please complete the following. Si usted recibe TANF, por favor complete lo siguiente.

TANF Case Worker/Representante de TANF

Telephone Number/Numero Telefonico

8. ASSETS: List all household members, including children, with any of the following resources:

ACTIVOS: Elabore una lista de todos los miembros del hogar, incluyendo niños, que cuenten con cualquiera de los siguientes recursos:

Do you currently have more than \$5,000.00 in savings or checking accounts?

Do you own property? yes no

Does anyone outside your household pay any of your bills or expenses? yes no

¿Alguno recibe ingresos provenientes de cualquier otra fuente, incluyendo personas ajenas al hogar que estén pagando las cuentas de cobro u otros gastos? si no

If yes, explain. Si es asi, explique_____

9. CHILDCARE AND MEDICAL EXPENSES/CUIDADO DE NINOS Y GASTOS MEDICOS

Do you have a childcare provider for any children under the age of 12 years? yes no

¿Tiene usted un proveedor de cuidado para niños, para cualquier niño menor de 12 años?
si no

Amount paid/Cantidad Pagada_____ Weekly or Monthly/Semanal o Mensualmente_____

Career Provider Name/Nombre del Proveedor

Do you have a care provider for a disabled person? yes no

¿Tiene usted un proveedor para el cuidado de alguna persona discapacitada si no

Amount Paid/Cantidad Pagada_____ Weekly or Monthly/Semanal o Mensualmente_____

Career Provider Name/Nombre del Proveedor

Address/Direccion

Telephone Number/Numero Telefonico

Social Security Number or Employer ID Number/Numero de Seguro Social o Numero de Identificacion del Empleador

Medical Expenses – Elderly or Disabled Families Only

If the head of household or the spouse of the head of household is: a) 62 years of age or older; b) handicapped, or c) disabled; and if any household member pays for medications, medical/dental

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

treatments, medical insurance, or prescribed appliances which are not reimbursed, the monthly/yearly costs must be verified. Receipts for medicine or a pharmacist’s statement itemizing the medications and costs should be submitted with the eligibility application. Bring your Medicare and insurance statements with you.

Gastos Medicos – Familias con Personas Ancianas o Discapacitadas

Si el jefe de hogar o el conyuge del jefe de hogar es: a) mayor de 62 anos o; b) invalido o; c) discapacitado; y si cualquier miembro de la casa paga por medicamentos, tratamientos médicos/dentales, seguro medico, o aparatos recetados no reembolsables, los gastos mensuales/anuales deberán ser verificados. Junto con la solicitud de elegibilidad, usted deberá someter los recibos de las medicinas adquiridas o una declaración del farmacéutico enumerando cada medicamento y su costs. Debe llevar su tarjeta de Medicare y recibos de seguro medico con usted.

10. FINANCIAL OBLIGATIONS/OBLIGACIONES FINANCIERAS

Table with 4 columns: Payments to: Pagos a:, Amount Per Month Cantidad por Mes, Payments to: Pagos a:, Amount Per Month Cantidad por Mes. Includes empty rows for data entry.

11. ADDITIONAL INFORMATION/INFORMACION ADICIONAL

Do you or anyone in the household own or have use of a car, truck, motorcycle, or other type of vehicle? __yes __no

If yes, complete the following.

¿Es usted o alguien en el hogar propietario do, o tiene acceso a cualquier tipo de vehiculo?

Si su respuesta fue si, complete to siguiente: __si __no

Form fields for vehicle information: Type/Tipo, License Plate #, State, Year/Año, Make and Model/Marca y Modelo, Name/Address of Auto Insurance Co., Policy #.

Have you or another member of your household ever been arrested for any drug related criminal activity? __yes __no

¿Alguna vez ha sido arrestado usted o algún otro miembro del hogar por cualquier actividad criminal relacionada con la groga? __si __no

If yes, give dates, charges, city and state:

Si su respuesta fue si, proveer fechas, cargos, ciudad y estado:

Horizontal lines for providing dates, charges, city and state information.

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

Have you or any member of your household ever been arrested for a violent crime? yes no
¿Alguna vez ha sido arrestado usted o algún otro miembro del hogar por cualquier crimen violento?
si no

If yes, give dates, charges, city and state:

Si su respuesta fue si, proveer fechas, cargos, ciudad y estado:

12. HOUSING RENTAL HISTORY: Have you or another member of your household ever lived in public housing or other rental assisted housing? yes no
HISTORIAL DE VIVIENDA Y ARRIENDO: Alguna vez usted o algún otro miembro del hogar ha vivido en vivienda publica o cualquier otra vivienda con asistencia de alquiler? si no

If yes, please complete/Si su respuesta fue si, por favor complete

City, State/Ciudad, Estado

Address/Direccion

Dates/Fechas

Does anyone on this application owe rent or charges to any public housing or rental assistance housing program? yes no

¿Existe alguien en esta solicitud que deba dinero por arriendo a cualquier programa de vivienda publica o vivienda con asistencia de alquiler? si no

If yes, explain. Si su respuesta fue si, explique.

Has anyone listed on this application ever been evicted from a rental unit within the past 5 years?

¿Existe alguien en esta solicitud que alguna vez haya sido desalojado de una unidad arrendada en los últimos cinco años? yes/si no

If yes, give date, address and reason.

Si su respuesta fue si, proveer fecha, dirección y razón.

List your resident history for the past 5 years. Complete information required.

Haga una lista de su historia residencial durante los últimos 5 años.

Name of Landlord/Nombre del Arrendador

Address/Direccion

Landlord's telephone/Telefono del Arrendador

Reason for move/Razon de la Mudanza

Name of Landlord/Nombre del Arrendador

Address/Direccion

Eligibility Application/ Solicitud de Elegibilidad

Landlord's telephone/Telefono del Arrendador Reason for move/Razon de la Mudanza

Name of Landlord/Nombre del Arrendador Address/Direccion

Landlord's telephone/Telefono del Arrendador Reason for move/Razon de la Mudanza

Name of Landlord/Nombre del Arrendador Address/Direccion

Landlord's telephone/Telefono del Arrendador Reason for move/Razon de la Mudanza

WARNING: Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentations to any Department or Agency of the United States as to any matter within its jurisdiction.

ALL APPLICATION INFORMATION IS TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I have no objections to inquiries for the purpose of verifying the facts herein stated. This includes all financial information, employment, references, former landlord, criminal activities, social security and labor department information regarding this family's status for placement within Low Income Housing.

Head of Household Signature

Date

Spouse

Date

Other Adult Member

Date

Other Adult Member

Date