

SELECTION PREFERENCE/PREFERENCIA DE SELECCION

STOP/ PARE

READ THIS IMPORTANT SECTION CAREFULLY/LEA ESTA SECCION IMPORTANTE CON DETENIMIENTO

YOUR SELECTION HERE WILL BE USED TO HELP DETERMINE YOUR POSITION ON THE WAITING LIST/SU SELECCION AQUI SERA UTILIZADA PARA AYUDARNOS A DETERMINAR SU POSICION EN LA LISTA DE ESPERA.

Please note that when your name reaches the top of any waiting list, you will be required to provide verification of the preference(s) selected/ Favor de tomar nota que cuando su nombre llegue a la primera posición de cualquier lista de espera, se requerirá que usted proporcione verificación de las preferencias de selección.

CHECK ALL THAT APPLY/MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLICAN

- UPWARD MOBILITY/ASCENSO SOCIAL - At least one (1) adult (18 years of age or older) household member is/ Por lo menos un (1) miembro adulto (persona de 18 o más años de edad) de la familia deberá ser:
EMPLOYED/EMPLEADO - Currently working at least 20 hours per week/ Que actualmente trabaja por lo menos 20 horas por semana
FULL TIME STUDENT/ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO - Enrolled as a full time student in a post secondary education institution/ Que está matriculado como estudiante a tiempo completo en una institución de educación pos-secundaria
JOB TRAINING/CAPACITACION LABORAL - Enrolled in vocational skills training, job skills training, job preparedness training and/or on-the-job training/ Que está matriculado en un curso de capacitación laboral, capacitación profesional, cursos de preparación laboral, y/o capacitación durante el trabajo.
ELDERLY/ANCIANO - The Head of Household or Spouse is currently 62 years of age or older/ La cabeza de familia o el cónyuge actualmente tiene 62 años de edad o más.
NEAR ELDERLY/ CASI ANCIANO - The Head of Household or Spouse is between the ages of 50 and up to 61 years of age/ La cabeza de familia o el cónyuge tiene entre 50 y 61 años de edad.
DISABLED/DISCAPACITADO - The Head of Household or Spouse has a verifiable physical or mental impairment/ La cabeza de familia o el cónyuge no puede trabajar debido a una discapacidad verificable que sea física o mental, y esa persona recibe beneficios de Seguro Social por discapacidad o de ingresos complementarios (SSI).
NONE OF THE ABOVE APPLY/NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES ES APLICABLE

REASONABLE ACCOMMODATIONS/ACOMODACION RAZONABLE

If you or a family member are disabled and require accessibility features or another reasonable accommodation, please complete this section. If you do not require an accommodation, skip this section/ Si usted o un miembro de la familia están discapacitados y requieren elementos de accesibilidad u otro acomodo razonable, por favor llene esta sección. Si usted no requiere la acomodación, salte esta sección.

Accessible Unit Type/ Tipo de unidad accesible

If you or a family member has a disability, please select the unit type required. Mobility units may already have grab bars and other equipment such as hand held showers, raised toilets and tub seats, or the equipment you require can be added upon request. The hearing or vision-impaired features needed can be added to a unit with mobility impaired features/ Si usted o un miembro de la familia tiene múltiples tipos de discapacidades, favor de seleccionar el tipo de unidad que requiere. Puede que las unidades de movilidad ya tengan barras de soporte y otro equipo tal como duchas de mano, inodoros elevados, asientos en la tina de baño, o si no, el equipo que usted requiere se puede agregar a su pedido. Si se requieren aparatos para personas con discapacidad auditiva o visual, éstos se pueden agregar a una unidad con aparatos para la discapacidad de movilidad.

- Accessible Unit/ Unidad accesible (zero step entry, accommodates a wheelchair or other device/ entrada sin peldaños para acomodar a una silla de ruedas u otro aparato)
Limited Steps Unit/ Unidad con escaleras limitadas
Bathroom Mobility Equipment/ Equipo de movilidad para el baño
Hearing Impaired Unit/ Unidad para los con discapacidad auditiva
Vision Impaired Unit/ Unidad para los con discapacidad visual

APPLICATION CERTIFICATION/CERTIFICACION DE LA SOLICITUD

I understand that this form is not an offer of housing. Based on this form, I understand that I should not make any plans to move or end my present tenancy. I understand that it is my responsibility to inform the Housing Authority of any change of address, income, reasonable accommodation, site selection and/or family composition or my application will be withdrawn. I certify that the information I have given on this document is true and correct. I understand that any false statement or misrepresentations are criminal offenses punishable under state and federal laws. I also understand that false statement or information are grounds for rejection of my application or termination of tenancy or program participation. Yo entiendo que este formulario no es una oferta de vivienda. A base de este formulario, yo entiendo que no debo hacer ningún plan para mudarme o terminar mi inquilinato actual. Entiendo que es mi responsabilidad informarle a la Autoridad de Viviendas sobre cualquier cambio de dirección, ingresos, acomodación razonable, selección de sitio y/o la integración de la familia, o al contrario mi solicitud podrá ser retirada. Certifico que la información que he dado en este documento es veraz y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación son delitos penales castigados en las leyes estatales y federales. Asimismo entiendo que las declaraciones o información falsas son causales para desestimar mi solicitud o terminar el inquilinato o la participación en un programa.

Applicant Signature/ Firma del solicitante:

Date/Fecha:

