

## PROCESO ANUAL DE RECERTIFICACIÓN

Llene cuidadosamente los formularios adjuntos y **agregue los documentos necesarios**. Revise el paquete para asegurarse de haber contestado todas las preguntas. Para las preguntas a las que haya respondido con un “**SÍ**”, **deberá** enviar la documentación de respaldo. Abajo se enlistan los documentos aceptables que **deberá** enviar. Todos los documentos deberán tener un periodo de vigencia no mayor de 60 días, a partir de la recepción de la carta de recertificación anual.

**COMPROBACIÓN DE INGRESOS:** reporte todas las fuentes de ingresos de TODOS los miembros de su casa, incluyendo, pero no limitados a:

*Tenga en cuenta que: la Autoridad de Vivienda de Mesa pueden verificar cualquier información que usted proporcione.*

| <b>Tipo de ingreso</b>   | <b>Qué enviar a la Autoridad de Vivienda Mesa</b>  |
|--|--|
| <b>Empleo/Capacitación</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los últimos 4 talones de pago.</li> <li>• Copia impresa de la nómina.</li> <li>• Carta del empleador especificando horas de trabajo semanales y pago por hora.</li> </ul>   |
| <b>Beneficios de desempleo</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de concesión reciente.</li> <li>• Copia impresa de desempleo.</li> </ul>  |
| <b>Asistencia en efectivo (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF)</b> | El comprobante de DES más reciente.  |
| <b>Seguro Social/ ingreso suplementario de seguridad (SSI)</b>                       | El comprobante más reciente de dicho beneficio.<br>1-800-772-1213/www.ssa.gov  |
| <b>Prestaciones para veteranos</b>   | El comprobante más reciente de dicho beneficio. 1-800-827-1000   |
| <b>Indemnización laboral</b>   | Un comprobante laboral, industrial, de aseguradora, de despacho de abogados, etcétera, que muestre la cantidad otorgada.   |
| <b>Pensión</b>   | Copia de la orden judicial o un comprobante que especifique la cantidad y la frecuencia de la pensión recibida en los últimos 12 meses.  |
| <b>Contribuciones regulares de organizaciones y particulares</b>                     | Proporcione un comprobante de la organización o del particular, que indique la cantidad percibida, nombre, dirección y número telefónico.  |
| <b>Manutención de los hijos</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobante impreso del último año de la Agencia de Manutención de Menores, que especifique la cantidad recibida en dólares.</li> <li>• Para apoyo no pagado a través de la Oficina de Cumplimiento de Manutención, envíe un comprobante de la persona que otorga el apoyo, que especifique la cantidad mensual, la dirección y el número de teléfono.</li> </ul> |
| <b>Pensiones de jubilación Rentas vitalicias</b>                                     | Un estado de cuenta del proveedor de la cuenta, en el que se especifique el total mensual del beneficio.   |
| <b>Fideicomiso</b>   | Comprobación del administrador del fideicomiso con el valor actual, tipo –revocable o irrevocable–, fecha y tipo de pagos del último año.  |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Autoempleo</b>                   | Llene un formulario de: “Certificado de autoempleo”. Además, envíe una copia de su declaración de impuestos personales y/o de su negocio, que incluya todas las páginas.                      |
| <b>Estado/ingreso de estudiante</b> | Todos los miembros de la familia (+18) que sean estudiantes en activo. Comprobante de estudios de tiempo completo, medio tiempo, colegiaturas, asistencia financiera, becas y/o subvenciones. |

**ACTIVOS:** los activos incluyen y no se limitan a: cuentas de cheques, cuentas de ahorro, certificados de depósito (CD), cuentas individuales de ahorro para el retiro (IRA), bonos, fideicomisos, acciones, plan 401k de ahorro para el retiro, pólizas de seguro, acciones en propiedades inmobiliarias o cualquier otra inversión financiera. **Debe proporcionar comprobantes recientes de todos los activos.**

**Gastos:** comprobantes de gastos elegibles:

|  |   |
|--|---|
| <b>Gastos médicos (Primas de seguros, medicamentos, etcétera).</b> | <b>Si el jefe(a) de familia, pareja o esposa(o) tiene ya 62 años de edad o más y/o es discapacitado</b><br>Llene el formulario adjunto de Declaración de Gastos Médicos. Envíe cualquier gasto médico extraordinario no reembolsado que haya realizado en el último año.                                      |
| <b>Apoyo para asistencia de cuidado infantil</b>                   | <b>Si usted o un adulto de su familia trabaja, estudia y paga por asistencia de cuidado infantil:</b><br>Envíe un comprobante de gasto extraordinario del proveedor de asistencia de cuidado infantil. Contactaremos al proveedor para comprobar dicho gasto.   |
| <b>Asistencia para gastos por discapacidad</b>                     | <b>Si algún miembro de la familia, que no sea el jefe(a) o esposo(a), se encuentra discapacitado y se realizan gastos extras necesarios, que ocasionen que un miembro de la familia trabaje para ello:</b><br>Proporcionar comprobantes de los gastos y pagos que se hayan realizado en los últimos 12 meses. |

**TODAS LAS FAMILIAS:** si los términos del contrato de renta han cambiado, por favor, proporcione una copia de dicho documento.

## SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN ANUAL PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA

**POR FAVOR, LLENE EL FORMULARIO COMPLETO Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.  
 TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA LO DEBEN FIRMAR**

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ MENSAJE: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### ESTRUCTURA FAMILIAR Y CARACTERÍSTICAS

**Empiece por usted.** Enliste a todas las personas con las que vive y especifique la relación que tienen con el jefe(a) de familia. Incluya fideicomisos. (DEBE llenar todo, incluir fechas de nacimiento, #s de seguro social, etc.)

| NOMBRE COMPLETO | Relación con jefe de fam. | Fecha de nacimiento | Género | Últimos 4 dígitos del SS | Origen étnico   | Discapacitado |    |
|-----------------|---------------------------|---------------------|--------|--------------------------|---|---------------|----|
|                 |                           |                     |        |                          |   | NO            | SÍ |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |
|                 |                           |                     |        | xxx-xx-                  | <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No hispano |               |    |

Solamente el jefe de familia: marque una casilla (solo para fines estadísticos).

Blanco  Negro/Afroamericano  Indio americano/Nativo de Alaska  Asiático  Isleño del Pacífico/Hawaiano

**Por favor marque la columna de: Sí/No, para cada pregunta.**

- |    | No  | Sí  |   |
|----|-----|-----|---|
| 1. | ___ | ___ | ¿Piensa mudarse al término de su contrato? Si este es el caso, envíe un aviso de desocupación a la oficina de vivienda y al propietario, 30-60 días antes de salirse. |
| 2. | ___ | ___ | ¿Habla otro idioma además de inglés? Si este es el caso, cuál:<br><br>¿Necesita un intérprete? _____  |
| 3. | ___ | ___ | ¿Tiene un miembro de su familia que no se encuentre en casa? Si este es el caso, especifique quién:<br><br>_____  |



MS-9870  
 200 S Center Street – Building 1  
 P.O. Box 1466  
 Mesa, AZ 85211-1466  
 Office (480) 644-3536  
 Fax (480) 644-2923  
 Lobby Hours: Monday-Thursday 7:30 a.m.-5:00 p.m., closed Friday

mesaaz.gov

4.   ¿Hay alguna persona que cuide de su familiar con discapacidad y viva con ustedes?  
 Por favor explique: \_\_\_\_\_
- No** **Sí**
5.   ¿Algún miembro de su familia ha cambiado de nacionalidad o condición migratoria? Si la respuesta es afirmativa, especifique quién: \_\_\_\_\_
6.   ¿Usted o algún miembro de su familia tiene algún registro de agresión sexual en cualquier estado? Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_
7.   Durante los últimos 5 años ¿Algún miembro de su familia ha sido **condenado o arrestado** por posesión de drogas, violencia o alguna otra actividad criminal? Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS**

- No** **Si**
8.   ¿Es usted responsable del pago de luz de su hogar? Si este es el caso, proporcione:  
 Cuenta #: \_\_\_\_\_ SRP \_\_\_\_\_ Ciudad de Mesa \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE INGRESOS:**

**Para TODOS los miembros de la familia: contesten las preguntas e indiquen la cantidad recibida en dólares, así como la frecuencia.**

- No** **Sí**
9.   Su tipo de trabajo es: ¿Tiempo completo? ¿Medio tiempo? ¿Por temporada?  
 1) ¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA? \_\_\_\_\_  
 Pago por hora: \_\_\_\_\_ Horas a la semana: \_\_\_\_\_ Frecuencia del pago: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono/Fax: \_\_\_\_\_  
 2) ¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA? \_\_\_\_\_  
 Pago por hora: \_\_\_\_\_ Horas a la semana: \_\_\_\_\_ Frecuencia del pago: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono/Fax: \_\_\_\_\_
10.   ¿Trabaja solamente con pagos en efectivo? ¿Qué miembro de la familia?  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Pago por hora: \_\_\_\_\_  
 Pago semanal: \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_
- | <b>No</b>                    | <b>Sí</b>                |  | <b>En dólares:</b> | <b>Frecuencia:</b> |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------|--------------------|
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibe o espera recibir beneficios por desempleo?                         | \$ _____           | _____              |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibe o espera recibir subsidio por adopción?                            | \$ _____           | _____              |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibe o espera recibir manutención de menores?<br>Estado y Caso #: _____ | \$ _____           | _____              |
| 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibe o espera recibir pensión alimenticia?<br>Estado & Caso #: _____    | \$ _____           | _____              |

15.   ¿Recibe o espera recibir asistencia en efectivo (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF? **\*\*no enliste los cupones de alimentos.** Número de caso: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
16.   ¿Recibe o espera recibir Seguro Social, SSI o beneficios federales por discapacidad? \$ \_\_\_\_\_
- No Sí** **En dólares:** **Frecuencia:**
17.   ¿Recibe o espera recibir el pago de una pensión, renta vitalicia o fondo fiduciario? \$ \_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor o institución: \_\_\_\_\_
18.   ¿Actualmente recibe algún pago militar? \$ \_\_\_\_\_
19.   ¿Es propietario o copropietario de algún negocio o de alguna propiedad inmobiliaria? En ese caso, explique: \_\_\_\_\_
20.   ¿Alguna persona o agencia ajena a su familia ayuda a pagar los servicios de teléfono, supermercado, etc.? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Quién?: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_
21.   ¿Percibe ingresos por concepto de renta o venta de alguna propiedad? \$ \_\_\_\_\_  
**¿De quién?** **Cantidad mensual:**
22.   ¿Algún miembro de su familia percibe algún ingreso/dinero/contribución no enlistada aquí? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- En dólares:** **Frecuencia:**
23.   ¿Algún miembro de su familia percibe o espera recibir algún ingreso tribal? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Quién?: \_\_\_\_\_
24.   ¿Hay algún miembro de su familia mayor de 18 años de edad que sea estudiante de tiempo completo?

| Nombre del estudiante: | Nombre de la escuela: | Tiempo completo/parcial: | Ayuda financiera (subvenciones, becas) |
|------------------------|-----------------------|--------------------------|--|
|                        |                       |                          |  |
|                        |                       |                          |  |

**ACTIVOS:** enliste TODAS las cuentas de cheques y ahorros de todos los miembros de su familia (ejemplos: cuentas individuales de ahorro para el retiro (IRAs), cuentas Keogh y certificados de depósito).

- No Sí**
25.   ¿Algún miembro de su familia tiene cuenta bancaria?

| Nombre del cuentahabiente: | Nombre del banco | Tipo de cuenta | No. de Cta. | *Saldo |
|----------------------------|------------------|----------------|-------------|--------|
|                            |                  |                |             | \$     |
|                            |                  |                |             | \$     |
|                            |                  |                |             | \$     |

\*\* Inicial que certifica que el saldo actual que aparece arriba es verdadero y comprobable:



MS-9870  
 200 S Center Street – Building 1  
 P.O. Box 1466  
 Mesa, AZ 85211-1466  
 Office (480) 644-3536  
 Fax (480) 644-2923  
 Lobby Hours: Monday-Thursday 7:30 a.m.-5:00 p.m., closed Friday

mesaaz.gov

- No**    **Sí**
26.            ¿Percibe ingresos de activos incluyendo intereses de cuentas de cheques o ahorros, dividendos, certificados de depósito, acciones o bonos?
27.            ¿Algún miembro de su familia tiene...?
- Inversiones en la Bolsa de Valores     Fideicomisos     IRA/KEOGH
- Cuentas de jubilación     Acciones, bonos o rentas vitalicias

**Si contesto que sí, debe proporcionar comprobantes recientes.**

- No**    **Si**
28.            ¿Usted o algún miembro de su familia ha recibido algún pago único en el último año por concepto de: herencia, lotería, pagos de aseguradora, etcétera?  
 Especifique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

29.            **CERTIFICACIÓN DE ACTIVOS EXPEDIDOS POR MENOS DEL VALOR DE MERCADO**  
 ¿Ha expedido (vendido o regalado) algún activo por menos del valor en el mercado en los últimos dos años? Si contestó que SI, enliste la(s) cosa(s) y el valor del/los activo(s) expedidos por un valor menor al del mercado, durante los últimos dos años.  
 Especifique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**GASTOS:**

- No**    **Si**
30.            ¿Tiene gastos de guardería/cuidado infantil de un niño menor de 12 años de edad?  
 Nombre completo del proveedor: \_\_\_\_\_  
 Dirección completa: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dinero que pagó: \$ \_\_\_\_\_     Mensual     Semanal
31.            ¿Paga por servicios de cuidado o equipo especial para algún miembro de su familia con discapacidad que ocasione que una persona o alguien más de su familia trabaje para ello?  
 Nombre del proveedor o institución: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el costo del servicio o equipo? \$ \_\_\_\_\_ mensual.

**Proporcione el nombre, dirección y números telefónicos de dos (2) personas que no vivan con usted.**

|                    | <b>CONTACTO A:</b> | <b>CONTACTO B:</b> |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Nombre:            | _____              | _____              |
| Dirección:         | _____              | _____              |
| Ciudad/Estado/C.P. | _____              | _____              |
| Teléfono:          | _____              | _____              |



MS-9870  
 200 S Center Street – Building 1  
 P.O. Box 1466  
 Mesa, AZ 85211-1466  
 Office (480) 644-3536  
 Fax (480) 644-2923  
 Lobby Hours: Monday-Thursday 7:30 a.m.-5:00 p.m., closed Friday

mesaaz.gov

## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Al firmar, Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información proporcionada a la Autoridad de Vivienda de Mesa (MHA), de la Ciudad de Mesa, del Programa de Vales de Elección de Vivienda (HCV) de la estructura familiar, ingresos, activos de la red familiar, prestaciones y deducciones es verídica y está completa bajo protesta de decir verdad.

Yo/Nosotros autorizamos a MHA para obtener o confirmar información acerca de mi/nuestra familia, para continuar con la obtención del Programa de Vales de Elección de Vivienda (HCV). Yo/Nosotros entendemos que al otorgar permiso a MHA, obtendrá la información necesaria para completar mi/nuestra recertificación, verificará mi/nuestros empleos actuales y anteriores en la oficina de compensación de trabajadores o cualquier otra agencia que MHA considere pertinente de verificar.

Por la presente autorizo y solicito a cualquiera de las agencias que tengan información o registros bajo mi/nuestro nombre(s) que proporcione la información necesaria y completa a cualquier representante autorizado de MHA y que presente esta autorización en su poder. Autorizo/Autorizamos a cualquier agencia policiaca, oficina de libertad condicional, corte municipal, corte juvenil, doctores, hospitales, antiguos y actuales propietarios y al centro de rehabilitación de asistencia social, con conocimiento de mis antecedentes, para que proporcione reportes, evaluaciones, opiniones a MHA para que los evalúe y obtenga una copia de los mismos.

Yo/Nosotros entendemos que todos los cambios en los ingresos familiares, acciones y/o la composición, deben reportarse por escrito a la oficina de la agencia inmobiliaria dentro de los primeros 10 días de dicho suceso. Yo/Nosotros entendemos que de no ser verdadera y completa la información proporcionada a la Autoridad de Vivienda Mesa, esto ocasionará la cesión de mi/nuestro apoyo de vivienda.

Entiendo que si necesito una aclaración acerca de cualquier o todos los apartados subsecuentes enlistados, estos estarán disponibles para mí de manera permanente en la oficina y en el sitio web de la Ciudad de Mesa <http://www.mesaaz.gov/residents/housing-community-development/housing-choice-voucher-program-section-8>

- Mis responsabilidades y obligaciones familiares para con el programa HCV (enlistadas en mi recibo).
- Estándares de ocupación de MHA.
- Folletos informativos sobre VAWA.
- Lo qué debe saber acerca de EIV/ Formulario de Deudas a HUD.
- ¿Vale la pena el fraude?
- Todas las cláusulas de HUD y políticas de MHA.

Penalización por fraude: Yo/Nosotros entendemos que el presentar comprobantes o información falsa es causa de penalización conforme a la Ley Federal (Sección 1001, Título 18 del Código de los Estados Unidos). En caso de que esta declaración contenga información falsa o incompleta es posible que:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se de por terminada la asistencia para la vivienda.</li> <li>▪ Tenga que devolver el apoyo otorgado previamente.</li> <li>▪ Tenga que pagar una multa de \$10,000 dólares.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaya a la cárcel por un periodo máximo de 10 años en una prisión federal.</li> <li>▪ No podré recibir asistencia para la vivienda en un futuro.</li> </ul> |
|--|---|

**FIRMAS:**

Jefe de familia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Otro adulto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Otro adulto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Otro adulto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Otro adulto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

De vuelta a la página para  
obtener la información solicitada.



**Autorización para la divulgación de información / Notificación de la Ley de privacidad (Privacy Act) para el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU y el organismo o la autoridad de vivienda**

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU., Oficina de Vivienda Pública y Nativos

**Autoridad de vivienda pública o nativos (PHA o IHA, por sus siglas en inglés) que solicitan la divulgación de información** (información completa de la dirección, el nombre de la persona de contacto y la fecha):

**CITY OF MESA HOUSING AUTHORITY  
200 S CENTER STREET - BUILDING 1**

**PO BOX 1466  
MESA, AZ 85211-1466**

**Autoridad:** Artículo 904 de la Ley de modificaciones de asistencia a personas sin hogar (*Homeless Assistance Amendments Act*) de Stewart B. McKinney de 1988, según las modificaciones dispuestas en el artículo 903 de la Ley de desarrollo de la comunidad y la vivienda (*Housing and Community Development Act*) de 1992 y el artículo 3003 de la Ley de acuerdo de presupuesto integral (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) de 1993. Esta legislación se encuentra en el título 42, artículo 3544, del Código de los Estados Unidos (*United States Code*, USC). Esta legislación exige que firme un documento de consentimiento mediante el cual se autorice: (1) que el HUD y el organismo o la autoridad de vivienda (HA, por sus siglas en inglés) soliciten una verificación de los salarios y sueldos por parte de los empleadores actuales o anteriores; (2) que el HUD y la HA soliciten información de reclamos de compensación salarial y por desempleo del organismo estadual responsable de conservar esa información; y (3) que el HUD solicite determinada información de declaración de impuestos de la Administración del Seguro Social de los EE. UU. y el Servicio de Impuestos Internos de los EE. UU.

Artículo 104 de la Ley de oportunidades de vivienda y modernización (*Housing Opportunity and Modernization Act*) de 2016. Las disposiciones pertinentes se encuentran en el título 42, artículo 1437n, del USC. Esta legislación exige que firme un documento de consentimiento mediante el cual se autorice a la HA a solicitar una verificación de registros financieros de cualquier entidad financiera, según se define en la Ley de derecho a la privacidad financiera (*Right to Financial Privacy Act*) (título 12, artículo 3401, del USC)), en cualquier momento en que la HA determine que es necesario para decidir sobre la elegibilidad de un participante o solicitante de asistencia o nivel de beneficios.

**Objetivo:** Mediante su firma en este documento de consentimiento, autoriza al HUD y la HA mencionada anteriormente a solicitar información de ingresos de las fuentes enumeradas en este documento. El HUD y la HA necesitan esta información para verificar el ingreso en su hogar, para asegurarse de que usted sea elegible para beneficios de vivienda asistida y que el nivel de estos beneficios sea el correcto. El HUD y la HA pueden participar en programas de cotejo electrónico de datos con estas fuentes para verificar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

**Usos de la información que se obtendrá:** El HUD tiene la obligación de proteger la información acerca de ingresos que obtenga en conformidad con la Ley de privacidad de 1974 (título 5, artículo 552a, del USC). El HUD puede divulgar información (distinta de la información sobre declaraciones de impuestos) para determinados usos de rutina, como fines de orden público de otros organismos gubernamentales, fines de idoneidad laboral de organismos federales y fines de determinación de asistencia de vivienda de las HA. La HA también tiene la obligación de proteger la información acerca de ingresos que obtenga en conformidad con toda legislación estadual aplicable en materia de privacidad. Es posible que los empleados del HUD y la HA estén sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información de ingresos que se obtenga en virtud del documento de consentimiento. **Los propietarios privados no pueden solicitar ni recibir información autorizada en este documento.**

**Quién debe firmar este documento de consentimiento:** Cada miembro de su familia que sea mayor de 18 años debe firmar este documento de consentimiento. Se deben obtener las firmas adicionales de nuevos miembros adultos que se unan a la familia o cuando los miembros menores cumplan 18 años.

Las personas que solicitan asistencia o reciben asistencia por los siguientes programas deben firmar este documento de consentimiento:

Vivienda pública  
Vales de elección de vivienda  
Rehabilitación moderada del artículo 8

**Incumplimiento de firmar el documento de consentimiento:** Si usted no firma el documento de consentimiento, puede dar lugar al rechazo de la elegibilidad o al cese de los beneficios de vivienda asistida, o ambos. El rechazo de la elegibilidad o el cese de los beneficios están sujetos a los procedimientos de reclamación de la HA y los procedimientos de audiencias informales del artículo 8.

**Revocación del consentimiento:** Si revoca el consentimiento, la PHA no podrá verificar su información, aunque los cotejos de datos entre el HUD y otros organismos continuarán realizándose de manera automática en el sistema de Verificación de Ingresos Empresariales (*Enterprise Income Verification*, EIV) si la familia no queda fuera del programa.

**Fuentes de donde se obtendrá la información:**

Organismos estaduales de recopilación de información de salarios. (Este consentimiento está limitado a salarios y compensaciones por desempleo que he recibido cuando recibí beneficios de vivienda asistida.)

La Administración del Seguro Social (solo para el HUD). (Este consentimiento está limitado a la información de salarios y trabajo independiente, y pagos de jubilación como se menciona en el artículo 6103[1][7][A] del Código de Impuestos Internos [*Internal Revenue Code*].)

El Servicio de Impuestos Internos de los EE. UU. (solo para el HUD). (Este consentimiento está limitado a los ingresos extras [es decir, aquellos provenientes de intereses o dividendos].)

También es posible que se obtenga información de manera directa de: (a) empleadores actuales o anteriores en lo que respecta a salarios y sueldos; y (b) entidades financieras, según se definen en la Ley de derecho a la privacidad financiera (título 12, artículo 3401, del USC), en cualquier momento en que la HA determine que es necesario para decidir sobre la elegibilidad de un participante o solicitante de asistencia o nivel de beneficios. Entiendo que la información de ingresos obtenida de estas fuentes se usará para verificar la información que yo provea para determinar elegibilidad para programas de vivienda asistida y nivel de beneficios. Por lo tanto, este documento de consentimiento solo autoriza la divulgación de información proveniente directamente de empleadores y entidades financieras.

**Consentimiento:** Doy mi consentimiento para permitir que el HUD y la HA soliciten y obtengan información de ingresos de las fuentes enumeradas en este documento a los fines de verificar mi elegibilidad y nivel de beneficios en virtud de los programas de vivienda asistida del HUD. Entiendo que las HA que reciban información de ingresos en virtud de este documento de consentimiento no pueden usarla para rechazar, reducir o eliminar la asistencia sin antes verificar de forma independiente cuál fue el monto, si tuve acceso a la financiación y cuándo la recibí. Además, debo tener la oportunidad de refutar esas determinaciones.

Este documento de consentimiento permanecerá vigente hasta lo que suceda primero: (i) la devolución de una decisión final adversa para un solicitante de asistencia; (ii) el cese de la elegibilidad de un participante para recibir asistencia del HUD y la PHA; o (iii) la revocación expresa por el solicitante de la asistencia o el receptor (o el familiar que corresponda) de la autorización, en una notificación escrita al HUD o la PHA.

**Firmas:**

|   |  |                                    |  |
|---|--|------------------------------------|--|
| _____<br>Jefe del hogar   |  | _____<br>Fecha                     |  |
| _____<br>Número del Seguro Social (si tuviera) del jefe del hogar |  | _____<br>Otro familiar mayor de 18 |  |
| _____<br>Cónyuge  |  | _____<br>Fecha                     |  |
| _____<br>Otro familiar mayor de 18                                |  | _____<br>Fecha                     |  |
| _____<br>Otro familiar mayor de 18                                |  | _____<br>Fecha                     |  |
| _____<br>Otro familiar mayor de 18                                |  | _____<br>Fecha                     |  |

**Asesoría de privacidad.** Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) está autorizado a recopilar esta información por la Ley de vivienda (*Housing Act*) de 1937 de los EE. UU. (título 42, artículo 1437 y siguientes, del USC), el título VI de la Ley de derechos civiles (*Civil Rights Act*) de 1964 (título 42, artículo 2000d, del USC) y la Ley de vivienda justa (*Fair Housing Act*) (título 42, artículo 3601-19, del USC). Objetivo: Este documento autoriza al HUD y la HA mencionada anteriormente a solicitar información sobre ingresos para verificar el ingreso en su hogar, a fin de asegurarse de que usted sea elegible para beneficios de vivienda asistida y que el nivel de estos beneficios sea el correcto. Si no provee la información solicitada, puede haber un atraso o rechazo de la aprobación de su elegibilidad.

**Sanciones por mal uso de este consentimiento:** El HUD y la HA (o cualquiera de los empleados del HUD o la HA) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información que se recopile en virtud del documento de consentimiento. El uso de la información recopilada en función del documento HUD 9886 está restringida a los fines citados en el documento HUD 9886. Toda persona que, de manera intencionada o a sabiendas, solicite, obtenga o divulgue información de forma fraudulenta sobre un solicitante o participante puede estar sujeto a sanciones por delitos menores o a multas de un máximo de 5000 \$. Todo solicitante o participante afectado por divulgación negligente de la información puede iniciar acciones legales civiles por daños y buscar otra compensación, según corresponda, del funcionario o empleado del HUD o la HA por divulgación no autorizada o uso indebido.

**Declaración de cargas de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés).** Según lo informado por el público, el tiempo estimado de dedicación a esta recopilación es de 0,16 horas para admisiones nuevas y de 0,08 horas para los familiares que cumplen 19 años, lo que incluye el tiempo para revisar, investigar fuentes existentes de datos, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. Se requiere la recopilación de información de ingresos y activos para determinar elegibilidad para el programa. Es necesario enviar el documento de consentimiento (formulario HUD 9886) para que las PHA puedan seguir los requisitos del artículo 904 de la Ley de modificaciones de asistencia a personas sin hogar de Stewart B. McKinney de 1988, según las modificaciones dispuestas en el artículo 903 de la Ley de desarrollo de la comunidad y la vivienda de 1992, el artículo 3003 de la Ley de acuerdo de presupuesto integral de 1993 (título 42, artículo 3544 del USC) y el artículo 104 de la Ley de oportunidades de vivienda y modernización para que el HUD y las PHA puedan verificar la elegibilidad y la información de ingresos de los solicitantes y participantes. La recopilación de la información está protegida de la divulgación mediante la Ley de privacidad. Envíe comentarios sobre este estimativo de las cargas o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir las cargas, a la Oficina de Vivienda Pública y Nativos de los EE. UU., Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, Washington, DC 20410. Cuando proporcione comentarios, consulte el n.º de la OMB: 2577-0295. Puede que el HUD no lleve a cabo ni patrocine una recopilación de información, y las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información, a menos que tal recopilación tenga un número de control válido.

## SOLICITUD DE ADAPTACIONES RAZONABLES

*Definición de discapacidad: Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida; un registro de tener tal impedimento; o se considera que tiene tal impedimento.*

**\* Tenga en cuenta que todas las adaptaciones razonables deberán solicitarse anualmente.**

**1. No necesito un ajuste razonable en este momento, o elijo no completar este formulario:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**2. Estoy solicitando una adaptación razonable debido a una discapacidad como se define anteriormente:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*(Nota: si considera que necesita una adaptación razonable, deberá llenar un formulario por separado que necesita autorización. Solicite el documento de adaptación razonable a la Autoridad de Vivienda de Mesa).*

## AVISO DE DERECHO A ADAPTACIONES RAZONABLES

De acuerdo con las leyes estatales y federales de vivienda justa, la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Mesa (MHA) no discriminan a ninguna persona que tenga una discapacidad. Bajo solicitud, MHA proporciona apoyos y servicios auxiliares, así como alojamientos adecuados que permitan a la gente con discapacidades tener los mismos derechos para participar en los programas de MHA. Sin embargo, es posible que no podamos proporcionar servicios cuando se soliciten con menos de 48 horas de anticipación.

Un alojamiento adecuado implica la modificación o el cambio de: 1) políticas y procedimientos de MHA o del propietario; 2) una unidad del propietario que atienda a una familia elegible con un miembro discapacitado para participar en el Programa de Vales de Elección de Vivienda (HCV) Sección 8. Los propietarios están legalmente obligados a realizar adaptaciones adecuadas.

Si usted o algún miembro de su familia tiene alguna discapacidad, puede solicitar en cualquier momento del proceso o después de la admisión al programa un alojamiento adecuado. Si no solicita alojamiento, no tiene que especificar su discapacidad a MHA o al propietario.

Algunos ejemplos de alojamientos que puede solicitar a MHA son, pero no se limitan a:

- Arreglo de visitas a domicilio para personas que no pueden ir a la oficina de vivienda.
- Reprogramar citas canceladas debido a problemas con su discapacidad.
- Proporcionar asistencia para acondicionar una habitación adicional para necesidades especiales, tales como una persona responsable de su cuidado o la instalación de un equipo médico grande.
- Extensión del plazo de vivienda si el participante tiene dificultad para encontrar una unidad debido a su discapacidad.
- Extensión razonable de tiempo a una persona con discapacidad, para poder completar los requisitos del programa.
- Hacer una excepción a las rentas de mercado justo o a los estándares de pago de vales, según lo permiten las regulaciones de HUD.

Una unidad de renta puede modificarse físicamente a expensas del participante. El propietario puede verificar que las modificaciones son necesarias para que el miembro de la familia discapacitado pueda vivir en la unidad. El propietario también puede solicitar al arrendatario que restaure la vivienda a su condición original (con excepción del desgaste razonable) cuando el participante se mude, también puede solicitar un depósito para garantizar las reparaciones.

Algunos ejemplos de adaptaciones que se permiten con la aprobación previa del propietario y a expensas del participante son, pero no se limitan a:

- Instalación de manijas, pasamanos, o agarraderas de nivel en lugar de “perillas”.
- Modificación del acceso a la unidad para silla de ruedas. El cliente también puede elegir moverse a una unidad que ya cuente con las adaptaciones y características que necesita.
- Permitir al familiar discapacitado tener un animal de servicio en una unidad en donde no se acepten mascotas.
- Permitir a una agencia externa brindar asistencia al cliente discapacitado para cumplir con el acuerdo de alquiler.

Una familia solicitante con un miembro discapacitado debe conocer las obligaciones básicas de HCV y del contrato de arrendamiento con el propietario. Un solicitante o participante debe cumplir con sus obligaciones independientemente o con asistencia de otra persona o agencia.

***\*\*Si usted o un miembro de su familia tiene alguna discapacidad y requiere de alojamiento adecuado, por favor comuníquese a nuestra oficina y llene el formulario de alojamiento adecuado.***

## **IMPORTANTE ¡POR FAVOR LEA!**

Los formularios adjuntos deben ser llenados por miembros que tengan un jefe(a) de familia, espos(a) discapacitado o mayor de 62 años de edad.

Estos formularios se utilizarán para verificar los gastos médicos. La Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Mesa no requiere de ninguna información diferente a los desembolsos por gastos médicos.

### **INSTRUCCIONES:**

#### **Formulario 1: autorización de información médica**

Llene y firme.

Si hay más de un adulto en esta categoría, DEBE solicitar un segundo formulario de Autorización de Información Médica.

#### **Formulario 2: cuestionario de gastos médicos**

**Enliste SOLAMENTE** a los proveedores médicos a quienes les hace pagos con regularidad o a quienes anticipa hacer pagos durante los próximos 12 meses.

**Enliste SOLAMENTE** a las farmacias que acude de manera REGULAR para surtir sus RECETAS o a las que anticipa acudir durante los próximos 12 meses.

**NO enliste** a ningún proveedor médico o farmacia que ya no vea/acuda en la actualidad o pague con regularidad ni que anticipe hacer pagos durante los próximos 12 meses.

Gracias por su cooperación,

*Personal de la Autoridad de Vivienda de Mesa*



MS-9870  
 200 S Center Street – Building 1  
 P.O. Box 1466  
 Mesa, AZ 85211-1466  
 Office (480) 644-3536  
 Fax (480) 644-2923  
 Lobby Hours: Monday-Thursday 7:30 a.m.-5:00 p.m., closed Friday

mesaaz.gov

## CUESTIONARIO DE GASTOS MÉDICOS

¿Usted o su esposo(a) tiene más de 62 años o está discapacitado?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, continúe. Si no, **DETENGASE** y firmo abajo.

**JEFE(A) DE FAMILIA:** \_\_\_\_\_ **No. SS:** \_\_\_\_\_

¿Paga deducible anual por concepto de Medicare?  No  Sí \$ \_\_\_\_\_ / anual.

Si maneja ¿tiene gastos por millas? Explique \_\_\_\_\_

| COMPAÑIAS DE SEGURO DENTAL | NÚMERO DE CUENTA | PAGO MENSUAL |
|----------------------------|------------------|--------------|
|                            |                  | \$           |
|                            |                  | \$           |
|                            |                  | \$           |

### DOCTORES-HOSPITALES-DENTISTAS-OFTALMOLOGOS- PROVEEDORES DE SALUD

Enliste a los doctores, hospitales, dentistas, proveedores de salud en los que haya tenido que gastar y ANTICIPE seguir viendo en los próximos 12 meses. extraordinario y por ANTICIPADO contemplando el siguiente año. **No enliste aquellos a quienes ya no visita**, a menos que todavía realice pagos pendientes.

| NOMBRE | PAGO POR VISITA | DIRECCIÓN e información de contacto |
|--------|-----------------|-------------------------------------|
|        | \$              |                                     |
|        | \$              |                                     |
|        | \$              |                                     |
|        | \$              |                                     |
|        | \$              |                                     |
|        | \$              |                                     |
|        | \$              |                                     |

### FARMACIAS (solamente aquellas que usa CON REGULARIDAD).

| NOMBRE | PAGO POR VISITA | DIRECCIÓN |
|--------|-----------------|-----------|
|        | \$              |           |
|        | \$              |           |
|        | \$              |           |
|        | \$              |           |

Al firmar, yo/nosotros certificamos que la información proporcionada es verídica y doy fe de ello.

**FIRMA:**

Jefe de familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



mesaaz.gov

MS-9870
200 S Center Street – Building 1
P.O. Box 1466
Mesa, AZ 85211-1466
Office (480) 644-3536
Fax (480) 644-2923
Lobby Hours: Monday-Thursday 7:30 a.m.-5:00 p.m., closed Friday

Si usted es discapacitado o mayor de 62 años de edad, por favor, llene este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD

Paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección:

De: Autoridad de Vivienda DE MESA, 200 S CENTER STREET – BUILDING 1, PO BOX 1466, MESA, AZ 85211

El miembro de familia arriba mencionado ha solicitado o recibido apoyo federal para pagar la renta. HUD requiere que se verifique la información utilizada para comprobar la elegibilidad del miembro para el apoyo de renta.

Agradecemos su cooperación al responder la pregunta de este formulario y para enviarla en un sobre cerrado con la dirección o vía fax al 480-644-2923. El miembro de la familia ha autorizado divulgar la información que aparece abajo.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE FAMILIA

Tengo el derecho, en cualquier momento, de revocar esta autorización por escrito al Proveedor mencionado arriba. La revocación solo será efectiva después de haber sido recibida y registrada por el Proveedor arriba mencionado. Cualquier uso o divulgación por adelantado a la revocación no será incluida como parte de dicha revocación.

La información utilizada o divulgada con respecto a esta autorización deberá estar sujeta a divulgarse nuevamente por el receptor y no será protegida por las cláusulas de privacidad de HIPAA. Debo obtener una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad del Proveedor arriba mencionado.

Mi autorización o negativa a proporcionar autorización(es) adicionales no afecta mi capacidad para obtener tratamiento del proveedor arriba mencionado.

Certifico que soy el paciente arriba mencionado, o que soy un tutor legal, agente, representante, ejecutor del paciente y que conservaré al proveedor arriba mencionado y a sus afiliados y subsidiarios libres de responsabilidad por el cumplimiento de lo previsto en esta autorización.

Autorizo con mi firma al proveedor arriba mencionado a divulgar mi información de salud confidencial, tal y como lo identifica la División de Autoridad de Vivienda de Mesa. Este formulario expira 15 meses después de haber sido firmado.

Firma del paciente: Fecha:



mesaaz.gov

MS-9870  
200 S Center Street – Building 1  
P.O. Box 1466  
Mesa, AZ 85211-1466  
Office (480) 644-3536  
Fax (480) 644-2923  
Lobby Hours: Monday-Thursday 7:30 a.m.-5:00 p.m., closed Friday

De vuelta a la página para  
obtener la información solicitada.



## SESIÓN INFORMATIVA DE CERTIFICACIÓN

|                  |                 |              |                            |
|------------------|-----------------|--------------|----------------------------|
| A – Don          | Tracy Armenta   | 480-644-3563 | tracy.armenta@mesaaz.gov   |
| Dre – Johnson, Q | Jada Tomas      | 480-644-3312 | jada.tomas@mesaaz.gov      |
| Johnson, R – Om  | LeMeitra Atkins | 480-644-3547 | lemeitra.atkins@mesaaz.gov |
| On – S           | Alana Centeno   | 480-644-3029 | alana.centeno@mesaaz.gov   |
| T – Wall         | Lisa Flores     | 480-644-3049 | lisa.flores@mesaaz.gov     |
| Walk – Z & FUP   | Korry Mahoney   | 480-644-6536 | korrine.mahoney@mesaaz.gov |
| VASH & PBV       | Susie Ponce     | 480-644-3946 | susan.ponce@mesaaz.gov     |

Un representante de la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Mesa me ha explicado los siguientes puntos en detalle:

- Las **obligaciones de la familia** para con la agencia de vivienda. (Enlistadas todas al reverso de este formulario).
- Si tiene planes de mudarse, debe revisar su contrato de arrendamiento y notificar a su arrendador y a las Autoridades de Vivienda de la Ciudad de Mesa no después de 60 días y no antes de 30 días de que planea mudarse.
- Si desea agilizar su derecho de portabilidad, o transferir el vale a otra jurisdicción, debe llenar una solicitud de portabilidad (disponible en la Oficina de Vivienda de la Ciudad de Mesa).
- Cambio estándar de ocupación.
- Ley de Violencia en contra de las Mujeres (VAWA).
- Lo que debe saber acerca de EIV/ Formulario de Deudas de HUD.
- Alojamiento adecuado.

Entiendo que si necesito aclaración acerca de cualquiera o todos los apartados anteriores, habrá una persona disponible para ayudarme en la oficina o por vía telefónica, si así lo solicito.

**Certifico que entiendo y puedo conseguir una copia de los siguientes formularios en la Oficina de Vivienda de la Ciudad de Mesa o en línea en: <https://www.mesaaz.gov/residents/housing-community-development/housing-choice-voucher-program-section8>**

- Todos los puntos se trataron en la sesión informativa.
- Las reglas del programa, que cumpliré mientras participe en el programa.
- Mis responsabilidades y obligaciones familiares bajo el Programa de la Sección 8.
- La carta de cambio estándar de ocupación.
- Información por escrito relacionada con VAWA.
- Lo que debe saber acerca de EIV/Formulario de deudas de HUD.
- Formulario ¿Vale la pena el fraude?
- Copia de la sesión informativa de certificación que incluye las obligaciones de mi familia al reverso.

|                                     |       |       |
|-------------------------------------|-------|-------|
| Nombre del jefe de familia          | Firma | Fecha |
| Nombre del esposo/a                 | Firma | Fecha |
| Nombre del miembro mayor de 18 años | Firma | Fecha |
| Nombre del miembro mayor de 18 años | Firma | Fecha |

Para adaptaciones, tales como braille, letra grande o traducción, favor de comunicarse al Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Mesa, al (480) 644-3536. Las personas con discapacidades auditivas pueden llamar a AzRelay 7-1-1. Si necesita información en español por favor llame al 480-644-3536.

## Obligaciones de la familia

### A. La familia **debe**:

1. Proporcionar toda la información solicitada por PHA o HUD en caso de que determine que sea necesario, incluyendo evidencia de nacionalidad o estatus migratorio, e información para su uso en una reexaminación programada regularmente o reexaminación provisional de los ingresos y la composición de la familia.
2. Divulgación y verificación de los números de seguro social con firma y consentimiento para obtener la información.
3. Proporcionar cualquier información solicitada por PHA para certificar que la familia vive en la unidad o información relacionada con la ausencia de la familia en la unidad.
4. Notificar a PHA por escrito cuando la familia esté fuera de la unidad por un periodo extendido según las políticas de PHA.
5. Permitir que PHA inspeccione la unidad a horas razonables y después de una notificación.
6. Notificar a PHA y al propietario por escrito antes de mudarse de la unidad o del término del contrato de renta.
7. Utilizar la unidad como residencia familiar. La unidad debe ser el único lugar de residencia de la familia.
8. Notificar con oportunidad y por escrito a PHA acerca del nacimiento, adopción o custodia de un niño.
9. Solicitar a PHA la aprobación por escrito para albergar a otro miembro de la familia en la unidad.
10. Notificar con oportunidad y por escrito a PHA si algún miembro de la familia ya no vive en la unidad.
11. Proporcionar una copia a PHA de cualquier orden de desalojo del propietario.
12. Pagar el uso de servicios y dar mantenimiento a cualquier instalación que el propietario no provea en el contrato.

### B. Toda la información proporcionada por la familia debe estar completa y ser verdadera.

### C. La familia (incluye a todos sus miembros) **no debe**:

1. Ser propietario o tener algún interés en la unidad (que no sea en una cooperativa, o el propietario de una casa prefabricada que arrienda un espacio de una casa prefabricada).
2. Cometer serias o repetidas violaciones al contrato de renta.
3. Cometer fraude, soborno o cualquier otro acto de corrupción o delito relacionado con el programa.
4. Participar en actividades delictivas relacionadas con las drogas, violentas o que pongan en riesgo la salud, seguridad o tranquilidad de otros residentes y vecinos.
5. Subarrendar, dejar la unidad, o transferir el contrato de arrendamiento a otra persona.
6. Recibir asistencia del programa de vales de elección de vivienda mientras recibe otro subsidio de vivienda, para la misma unidad o para una unidad diferente bajo cualquier otro programa federal, estatal o local de asistencia de vivienda.
7. Dañar la unidad o las instalaciones (aparte de los daños causados por el uso y desgaste normal) o permitir que cualquier invitado dañe la unidad o las instalaciones.
8. Recibir algún programa de apoyo a la vivienda mientras vive en una unidad propiedad de uno de los padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos, o de algún otro miembro de la familia a menos que la PHA así lo haya determinado (y lo haya notificado al propietario y a la familia de dicha determinación) que aprobar el alquiler de la unidad, a pesar de dicha relación, proporcionaría una adaptación adecuada para un miembro de la familia discapacitado.
9. Abusar del alcohol de tal manera que atente contra la salud, seguridad y paz de los residentes y vecinos.

Para adaptaciones, tales como braille, letra grande o traducción, favor de comunicarse al Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Mesa, al (480) 644-3536. Las personas con discapacidades auditivas pueden llamar a AzRelay 7-1-1. Si necesita información en español por favor llame al 480-644-3536.