

FOR OFFICE USE ONLY	
Application Entered By:	
Application Entered On:	
Elderly/Disabled Housing	
General Developments	
Bedrooms	0 1 2 3 4 5 6

<u>DATE AND TIME STAMP</u>
----------------------------

**HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF NEW HAVEN**  
**360 Orange Street**  
**New Haven, Connecticut 06509-1912**  
**(203) 498-8800 ext. # 1121 (Voice) (203) 497-8958 (Fax)**  
**(203) 497-8434 (TDD)**

**Pre-Application for the Housing Choice Voucher/Section 8 Program – Tenant Based**  
*Equal Housing Opportunity*

This is not the full application form for the Public Housing Program. The information which you are being asked to provide as the head of household is used to determine if your Household appears to be eligible to be added to the Housing Authority’s Waiting List. You will be required to complete a Full Application prior to any final processing for an offer of a unit. All information is subject to third party verification, and you will be required to sign releases that will permit the Housing Authority to verify all information provided below. By signing this application, you are certifying that the information you have provided is correct and that your household is within the income limits for the program as of the date of signature. **Misrepresentation of information is grounds for immediate removal from the waiting list or termination from the Housing Choice Voucher/Section 8 Program.**

For applicants to federal housing, Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that it is a felony to intentionally make false or fraudulent statements to any federal department or agency. As the information provided below may be shared with the U.S. Department of Housing and Urban Development, misrepresentation of information is a felony.

**Incomplete Pre-applications will not be processed. It is the responsibility of the applicant to provide all required information and answer all questions completely. All applications are the property of the Housing Authority of the City of New Haven.**

**Assistance Available:** If you need assistance completing this application, please see the receptionist or call (203)498-8800 ext. 1121 for an appointment.

<b>Please print all Answers in a Legible Fashion</b>	
1. Head(s) of Household: _____	
2. Residential Address: _____	
City or Town _____	State _____ Zip Code _____
3. Current Mailing Address: _____	
City or Town _____	State _____ Zip Code _____
4. Home Phone (_____) _____	Work Phone (_____) _____

5. Is there a member of your household who requires a physically modified unit or an exception to our policies in order to address a disability?  YES  NO

If so, please list which household member(s) with their first and last name?

**PLEASE INDICATE THE ACCOMMODATION NEEDED BY PLACING A CHECKMARK IN AS MANY OF THE BOXES BELOW THAT APPLY TO YOUR HOUSEHOLD:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barrier-free unit (wheelchair accessible) | <input type="checkbox"/> Bathroom and bedroom on 1 <sup>st</sup> floor |
| <input type="checkbox"/> Unit adapted for vision impairments       | <input type="checkbox"/> Counter spaces in kitchen /bathroom lowered   |
| <input type="checkbox"/> Unit adapted for hearing impairments      | <input type="checkbox"/> Live-in-Aide                                  |
| <input type="checkbox"/> Ramp/Elevator in Building                 | <input type="checkbox"/> Parking space close to unit                   |
| <input type="checkbox"/> Other (please list):                      |  |

6. Please provide the full name including middle initial of all household members, their date of birth, place of birth, sex, relationship to the head of household, and **Social Security Number or attach proof of application for a Social Security Number**. If any of this information is not provided, the pre-application will be considered incomplete and will be rejected.

**\*Race and Ethnicity are optional.** HUD's race codes are: White, Black, American Indian/Alaskan Native, Asian, and Native Hawaiian/Other Pacific Islander. HUD's ethnicity codes are: Hispanic, or Not Hispanic. Please use the HUD race and ethnicity codes that best describe *each* member of your family. For example: White/Hispanic, or Black/Non-Hispanic, etc. **Only the race/ethnicity column is optional.**

Name	Date of Birth	Place of Birth	SEX	Relation to Head of Household	Social Security Number	Race/Ethnicity: *Optional
				<b>Head</b>	- -	
					- -	
					- -	
					- -	
					- -	
					- -	
					- -	
					- -	

7. Current Household Annual Income for all sources: \$\_\_\_\_\_.

*(A determination of income, assets and deductions will be made as part of the final application review.)*

**Please complete this section based on ALL income/money coming into the household for ALL family members.**

Family Member	Type of Income (Employment, Welfare, SSI, Child Support, etc)	Amount received	Weekly, Bi-weekly, Monthly, or Annually	Source of Income (Public Assistance, Name of Employer or Company, etc.)

8. Would you like us to direct all communications regarding your application to you **OR** to an emergency contact/caseworker/other? **Please Check Only One:**

- Please send all future communications regarding this application to me.**
- Please send all future communications to my emergency contact /caseworker or other person.**
- Please send all future communications to me and my emergency contact /caseworker or other person.**

Emergency Contact / Caseworker / Other \_\_\_\_\_

Relationship/Organization \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Phone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**I understand that this pre-application is not an offer of an apartment. I certify that my household is income eligible under current program income limits and the information contained in this application is true and complete under pains and penalty of perjury. I agree to authorize the Housing Authority to make inquiries to verify the information I have provided on this application. I understand that it is my responsibility to inform the Housing Authority of any change in address or in household composition, in writing.**

\_\_\_\_\_  
Applicant's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Co- Applicant Signature

\_\_\_\_\_  
Date

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
Elderly/Disabled	
Family	
Initial Review By:	
Client Number	
Bedrooms	0 1 2 3 4 5 6

<b>DATE AND TIME STAMP</b>
----------------------------

## HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF NEW HAVEN

360 Orange Street  
 New Haven, Connecticut 06509-1912  
 (203) 498-8800, ext. #1103 or #1104 (Voice) (203) 497-8958 (Fax)  
 (203) 497-8434 (TDD)

**Solicitud Para Programa de Sección 8 (HCV)**

*Equal Housing Opportunity*

**Instrucciones: Favor de leer cuidadosamente. Deberás entender que su solicitud no será completada sin que este completamente llena.**

La información que usted estará proveyéndonos como jefe de hogar será utilizado para determinar si su componente familiar es elegible y cualificado para admisión al programa en que usted esta solicitando:

- a) Esta información esta sujeta a verificación
- b) Será requisito en firmar relevos de información el cual permitirá al Departamento de la Vivienda confirmar la información sometida.
- c) Su firma en la solicitud certificara que la información que has proveído es correcta.

Para los solicitantes del programa de asistencia de vivienda Federal, el Titulo 18, Sección 1001 del Código de los EE.UU., estipula que es un crimen dar intencionalmente información fraudulenta o hacer alguna declaración a una agencia o departamento Federal. La información que usted estará proveyendo podrá ser compartida con el programa HUD, por lo tanto una mala representación de información es un crimen. Tal tácticas será argumentos para desplazar su nombre de la lista de espera o de un desalojamiento de su unidad.

Para cualificar para la admisión del programa de sección 8 (HCV) solicitante deberá:

- a) Ser una familia definida
- b) Debe poder reunir los requisitos necesarios de ciudadanía o de emigración sobre su estatus legal
- c) Tener ingresos anuales al tiempo de admisión que no excede los limite establecido por HUD, ofrecido in las oficinas del departamento de la vivienda,
- d) Proveer los números de seguro social de todos los miembros de su familia, desde la edad de seis (6) en adelante o algunos documentos certificando que tal persona no tiene un numero de seguro social
- e) Debe poder reunir los requisitos de investigación acerca de actividad criminal
- f) Poder pagarle dinero adeudado al Departamento de Vivienda Publicas.
- g) El no tener algún contrato de arrendamiento\_\_\_\_\_por el Departamento de Vivienda en los últimos 12 meses
- h) Ser dispuesto a cumplir con el contrato de arrendamiento del Departamento de Vivienda
- i) No permitir algún miembro de su componente familiar involucrarse en alguna actividad criminal que comprometa la vida, salud, bienestar, o el derecho de disfrute pacifico en los predios del residente adjunto

- j) No permitir algún miembro de su componente familiar involucrarse en alguna actividad de droga criminal.

**ASISTENCIA DISPONIBLE:** Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud, favor de ver a la recepcionista o llamar al numero antepuesto para hacer una cita.

**Información sobre el Jefe de Hogar y Co-Jefe**

Nombre del jefe de hogar: _____
Nombre del co-jefe de hogar: _____
Dirección residencial: _____
Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

6. ¿Habrá algún miembro de su componente familiar el cual requiera una unidad modificada o una excepción a las reglas del contrato de arrendamiento por causa de una incapacidad? Favor de indicarlo abajo.

No tengo necesidad para una unidad modificada o excepción a mi contrato de arrendamiento	
Tengo necesidad para una unidad con acceso de silla de rueda	
Tengo necesidad para una unidad con censores para impedidos	
Tengo necesidad para una unidad con ajustes físicos	
Provisiones /excepciones al contrato d arrendamiento	
Ama de casa	

De contestar la previa pregunta afirmativamente, favor de explicarnos las acomodacionessolicitadas

---



---

**INFORMACIÓN ACERCA DEL COMPONENTE FAMILIAR**

8. Empezando con usted favor de nombrar todas las personas que vivirán en la unidad proveída por el Departamento de la Vivienda, incluyendo a niños adoptivos, ama de casa (para la necesidad de algún miembro familiar). Cada renglón debe ser completado para cada miembro de componente familiar. Además, solo las personas en esta lista podrán vivir en la unidad proveída.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NACION NATAL	GENERO	Relación al Jefe al Hogar	ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
1.				<b>Jefe de Hogar</b>		- -
2.						- -
3.						- -

4.						- -
5.						- -
6.						- -
7.						- -
8.						- -
9.						- -
10.						- -

**9. INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO FAMILIAR:**

Favor de detallar las cantidades de ingreso anticipado para los próximo doce (12) meses para todo los miembros de su componente familiar, empesazando con usted. Favor de incluir ingresos y beneficios recibido por AFDC/TANF, Veteranos, seguro social, SSI, SSID, desempleo, Fondo, Pensiones para niños, post-matrimoniales, y de trabajos, etc. Ejemplo: Ingresos, \$150/seminal, SSI, \$421/mensual

Nombre del miembro familiar	Ingresos	Cantidad \$	Pagado		
			Semanal	Mensual	Anual
			Semanal	Mensual	Anual
			Semanal	Mensual	Anual
			Semanal	Mensual	Anual
			Semanal	Mensual	Anual

\_\_\_\_\_  
Firma del aspirante

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Firma de Co-Jefe

\_\_\_\_\_  
Fecha