



AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE MALHEUR Y HARNEY
 APLICACIONES PARA PROGRAMAS DE VIVIENDA

959 Fortner Street

Ontario, OR 97914

Teléfono: 541-889-9661/ Fax: 541-889-6487

HOUSING AUTHORITY OF MALHEUR & HARNEY COUNTY

Serving South Eastern Oregon

(POR FAVOR SELECCIONE LOS PROGRAMAS O PROPIEDADES QUE ESTÁ
 SOLICITANDO A CONTINUACIÓN MARCANDO UNA "X" EN LA CAJA INDICADA)

Marqu Nombre del programa o propiedad

"X" y localidad

Descripción y requisitos para las listas de espera

| | | |
|--|--|---|
| | Programa de la Sección 8 (condado de Malheur y Harney) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con los requisitos de "ingresos muy bajos" que se enumeran a continuación 2. Cualquiera puede presentar una solicitud, pero al menos un miembro del hogar DEBE ser ciudadano o inmigrante elegible. 3. Sin actividad criminal reciente en los últimos 3 años 4. La renta se basa en los ingresos |
| | Viviendas públicas (ubicada solo en Ontario, OR) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con los requisitos de "bajos ingresos" que se enumeran a continuación 2. Debe ser una familia de 2 o más según lo define la PHA de acuerdo con la ley aplicable. 3. Debe tener al menos 2 años de referencias de alquiler (no se puede relacionar) 4. Sin actividad criminal reciente en los últimos 3 años 5. La renta se basa en los ingresos |
| | Riverside Manor- Ontario, OR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con los requisitos de "ingresos muy bajos" que se enumeran a continuación 2. Ser discapacitado o tener 62 años de edad o más 3. Sin actividad criminal reciente en los últimos 3 años 4. Estas son solo unidades de estudio y de un dormitorio. 5. La renta se basa en los ingresos |
| | Apartamentos Parkview Village- Ontario, OR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con los requisitos de "ingresos muy bajos" que se enumeran a continuación 2. Sin actividad criminal reciente en los últimos 3 años 3. Debe tener al menos 2 años de referencias de alquiler (no se puede relacionar) 4. Estas son unidades de 2, 3 y 4 dormitorios. 5. La renta NO se basa en los ingresos |
| | Meadowlark House- Casa Unifamiliar- Ontario, OR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Vivienda unifamiliar – 3 dormitorios 2. El inquilino paga solo la electricidad 3. El alquiler NO se basa en los ingresos. 4. Debe tener al menos 2 años de referencias de alquiler (no se puede relacionar) 5. Esta es solo una casa que posee HAMHC. |
| | Apartamentos Washington Square- Vale, OR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con los requisitos de "ingresos muy bajos" que se enumeran a continuación 2. Ser discapacitado o tener 62 años de edad o más 3. Sin actividad criminal reciente en los últimos 3 años 4. Debe tener al menos 2 años de referencias de alquiler (no se puede relacionar) 5. Este complejo tiene 1 unidad de dos dormitorios y 7 unidades de un dormitorio. 6. La renta se basa en los ingresos |
| | Apartamentos Rio Vista- Nyssa, OR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con los requisitos de "ingresos muy bajos" que se enumeran a continuación 2. Debe tener un empleo actual en agricultura o manejo de productos crudos. 3. Debe continuar teniendo empleo para seguir siendo elegible para la unidad. 4. Sin actividad delictiva reciente en los últimos 3 años. |



| | | |
|--|---|---|
| | | <p>5. Debe tener al menos 2 años de referencias de alquiler (no se puede relacionar)</p> <p>6. El alquiler se basa en los ingresos</p> |
| | Apartamentos Nyssa Court-Nyssa, OR | <p>1. Cumplir con los requisitos de "ingresos muy bajos" que se enumeran a continuación</p> <p>2. Sin actividad criminal reciente en los últimos 3 años</p> <p>3. Debe tener al menos 2 años de referencias de alquiler (no se puede relacionar)</p> <p>4. Estas son solo unidades de 3 dormitorios. Debe calificar para una unidad de 3 habitaciones.</p> <p>5. El alquiler se basa en los ingresos.</p> |

***** Todas las solicitudes requieren copias de Actas de Nacimiento y Tarjetas de Seguro Social para cada miembro del hogar y Tarjetas de Identificación para cada adulto (18 años de edad o más) para ser colocado en cualquier lista de espera.. *****

Los límites de ingresos son los siguientes para el año fiscal 2022:

| Tamaño del dormitorio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| “Ingresos muy bajos” | \$25,150 | \$28,750 | \$32,350 | \$35,900 | \$38,800 | \$41,650 | \$44,550 | \$47,400 |
| “Bajos Ingresos” | \$40,250 | \$46,000 | \$51,750 | \$57,450 | \$62,050 | \$66,650 | \$71,250 | \$75,850 |

Complete la solicitud COMPLETAMENTE, NO DEJE NADA EN BLANCO, escriba N/A si no se aplica a usted o a su hogar.

ATENCIÓN: Las solicitudes no pueden ser aceptadas sin una **DIRECCIÓN DE CORREO COMPLETA**

PARA INFORMACIÓN ADICIONAL O PREGUNTAS:

Autoridad de Vivienda de los condados de Malheur y Harney

959 Fortner Street, Ontario, OR 97914

Horario de Oficina: Lunes a Jueves de 9:00 a 12:00 y de 13:00 a 17:00

Los viernes está cerrado al público.

Teléfono : 541-889-9661/ Fax : 541-889-6487/ Correo electrónico : Amber@hamhc.org

Pre-Solicitud para Programas listados en la página anterior

¿Le gustaría recibir ayuda para llenar esta solicitud? Si No

En caso afirmativo, ¿cómo podemos ayudarlo?

Indíquese a sí mismo y a todos los que vivirán en el hogar

| Nombre | Relación con la cabeza de hogar | Ciudadano estadounidense S/N | Discapacitado S/N | Sexo M/F | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | Lugar de Nacimiento |
|--------|---------------------------------|------------------------------|-------------------|----------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| 1. | CABEZA | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |



| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |

Use una hoja separada para miembros adicionales del hogar (si es necesario) y envíe una lista adicional por correo electrónico al correo electrónico anterior si completa la solicitud en línea.

Dirección actual (incluya ciudad, estado y código postal)

Números de teléfono:

Dirección de correo (si es diferente)

Casa: _____

Mensaje: _____

Email:

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO DEL CABEZA DEL HOGAR

La información sobre la designación de raza, etnia y sexo solicitada en esta solicitud se solicita para asegurarle al Gobierno Federal, actuando a través del Servicio de Vivienda Rural, que las leyes federales que prohíben la discriminación contra las solicitudes por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, estado familiar, edad y discapacidad. No está obligado a proporcionar esta información, pero se le recomienda que lo haga. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminarlo de ninguna manera. Sin embargo, si elige no proporcionarlo, el propietario debe anotar la raza, el origen étnico y el sexo de los solicitantes individuales sobre la base de la observación visual o el apellido.

Marque la raza apropiada. (Se puede ingresar más de una categoría si corresponde)

Etnia blanca Negro / afroamericano Indio americano / nativo de Alaska Asiático

Nativo hawaiano / otro isleño del Pacífico

Etnicidad: Hispano o latino No hispano o latino

POLÍTICA DE EVALUACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES

La Ley de Extensión del Programa de Oportunidades de Vivienda de 1996 autoriza a las Autoridades de Vivienda a evaluar a los solicitantes por cualquier actividad delictiva, incluidos los delitos violentos y cualquier otro delito que represente una amenaza para la vida, la salud, la seguridad o el disfrute pacífico de las actividades delictivas relacionadas con las drogas y el alcohol de los residentes. y registro de delincuentes sexuales. Esta evaluación se suma a los requisitos de elegibilidad sobre ingresos. A los solicitantes se les negará la asistencia de vivienda si no pasan los criterios de selección. Se requiere una evaluación criminal para todos los solicitantes mayores de 18 años.

Usted está obligado a responder con sinceridad. La falta de divulgación de antecedentes penales puede resultar en la denegación o terminación de la asistencia..

1. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar alguna vez condenado por algún delito penal, delito grave o cargo por drogas? Incluyendo, entre otros, delitos que impliquen violencia contra las personas o la propiedad, o delitos que impliquen fraude o engaño. (Por favor marque) Si No
2. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar alguna vez condenado por fabricar o producir metanfetamina o cualquier otra sustancia controlada? (Por favor marque) Si No



3. ¿Está usted o algún miembro de su hogar obligado a registrarse bajo un Programa Estatal de Registro de Delinquentes Sexuales en algún lugar de los Estados Unidos? (Por favor marque) Sí No
Nombre del miembro del hogar _____

En caso afirmativo a alguna de las respuestas anteriores, explique:

Responda las siguientes preguntas sobre todos los miembros del hogar (Marque Sí o No):

1. ¿Algún adulto que vivirá en el hogar ha vivido anteriormente en un Estado que no sea este Estado? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál(es) miembro(s) de la familia? _____
Estado vivido? _____
2. ¿Cuál es el nombre y la ubicación de los padres ausentes del hogar, si corresponde? _____
3. ¿Alguien que vivirá en el hogar tiene una sentencia de divorcio o una orden judicial como resultado de un divorcio o una separación legal? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
4. Are you entitled to receive child support? Sí No
5. ¿Tiene un caso abierto de manutención infantil? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿en qué estado? _____
Por favor proporcione el número de caso _____
6. ¿Alguien que formará parte del hogar está esperando un hijo? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
7. ¿Hay alguien que no figura en la solicitud que esté temporalmente ausente del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
8. ¿Alguna persona que vivirá en el hogar ha usado alguna vez otro número de seguro social que no sea el que se indica en esta solicitud? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
9. ¿Alguien que vivirá en el hogar alguna vez usó otro nombre, además del que está usando ahora?
 Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
10. ¿Alguien en el hogar requiere una unidad para personas con discapacidad? Sí No
11. ¿Es usted o alguien en su hogar un veterano de los EE. UU.? Sí No
12. ¿Hay alguien que vivirá en el hogar que tenga 18 años o más y sea un estudiante universitario de tiempo completo? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
13. ¿Algún miembro del hogar ha sido desalojado alguna vez de algún tipo de vivienda? Sí No En caso afirmativo, explique cuándo, dónde y por qué razón(es):



14. ¿Algún miembro del hogar ha recibido asistencia de alquiler en Vivienda Pública o Sección 8? Sí No
 ¿Si sí, cuándo? Año(s) _____ Nombre de la agencia de vivienda _____
 ¿Bajo que nombre? _____ ¿Quién era el jefe de hogar? _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR.
 (Los ingresos incluyen dinero o contribuciones de todas y cada una de las fuentes pagadas a un miembro de la familia o en su nombre)

¿Usted o algún miembro de su familia presentó una declaración de impuestos federales sobre la renta el año pasado? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Alguien lo reclama a usted o a alguno de los miembros de su hogar en su declaración de impuestos? Sí No
 Si es así, ¿quién? _____

¿Usted o algún miembro de la familia recibe alguno de los siguientes o prevé recibir alguno de los siguientes durante los próximos doce (12) meses? Marque TODAS las fuentes de ingresos que correspondan a cualquier miembro del hogar.

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Sueldos, salarios, propinas, honorarios o comisiones de un empleador? (Tiempo completo o medio tiempo) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ingresos por la operación de un negocio o profesión? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Intereses, dividendos u otros ingresos de bienes muebles o inmuebles? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos del Seguro Social? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de anualidades? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de pólizas de seguro? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de los fondos de retiro? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de pensiones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de beneficios por discapacidad? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de beneficios por fallecimiento? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos a tanto alzado por el retraso en el inicio de los pagos periódicos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Compensación por desempleo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Compensación de trabajadores? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pago de indemnización? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Estampillas de comida? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de TANF/Asistencia en Efectivo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de pensión alimenticia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pagos de manutención de niños? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Contribuciones regulares o regalos de alguien? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Dinero del trabajo por cuenta propia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Pago militar regular o especial? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ayuda financiera o asistencia financiera para asistir a la escuela? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |



Enumere las fuentes y las cantidades de todos los ingresos (dinero) esperados para los próximos 12 meses para TODOS los miembros de la familia de todas y cada una de las fuentes. **(Si tiene un empleador, incluya el nombre completo, la dirección y el número de teléfono de ellos)**

| Nombre del miembro de la familia | Fuente de ingresos | Cantidad \$ | Frecuencia (marque uno) |
|----------------------------------|--------------------|-------------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año |
| | | | <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año |
| | | | <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año |

Si está empleado, por favor proporciónenos la siguiente información:

| EMPLEADOR | DIRECCIÓN DEL EMPLEADO | TELÉFONO DEL EMPLEADOR |
|-----------|------------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

INFORMACIÓN SOBRE LOS BIENES DE TODOS LOS FAMILIARES

(Un bien es algo de valor que se puede convertir en efectivo)

¿Usted o algún miembro de su familia posee o tiene acceso a alguno de los siguientes? (Marque cualquier casilla que corresponda)

Ahorros Cuenta de cheques Certificado de Depósito (CD) Cuenta del mercado monetario Cuenta Infantil.

| NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NÚMERO DE CUENTA | VALOR/ BALANCE |
|----------------------------------|--------------------------|------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Usted o algún miembro de su familia posee o tiene acceso a lo siguiente? (Marque Sí o No)

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Casa, Condominio, Casa Móvil, Bienes Raíces | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Bonos Mutuos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| IRA (Cuenta de Retiro Individual) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Billete de tesorería | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Life Insurance Policies | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Acciones/Bonos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Propiedad comercial/Equipo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Bienes raíces | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dinero en efectivo en una caja de seguridad o en el hogar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fondo de Fideicomiso | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otros activos mantenidos en otro estado o país extranjero | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otros activos (explique a continuación) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Explique otros activos _____



Si indicó que sí en cualquiera de los activos anteriores, proporcione la siguiente información:

| NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA | TIPO DE ACTIVO | NÚMERO DE CUENTA | VALOR/ BALANCE |
|----------------------------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

GASTOS MÉDICOS

Estas preguntas solo se aplican si el jefe, cónyuge o codirector tiene 62 años o más O está discapacitado. ¿Usted o algún miembro de la familia paga por alguno de los siguientes artículos? (Marque Sí o No)

- ¿Primas de seguro médico? Sí No
 ¿Seguro de cuidado a largo plazo? Sí No
 ¿Gastos de prescripción de su bolsillo? Sí No
 ¿Facturas médicas vencidas? Sí No
 ¿Otros gastos médicos anticipados? Sí No

Indique el tipo y el monto de los gastos médicos de todos los miembros de la familia que prevé pagar en los próximos 12 meses:

| Nombre del miembro de la familia | Tipo de Gasto Médico | Dirección/número de teléfono del proveedor | Cantidad pagada por mes |
|----------------------------------|----------------------|--|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Información de referencia del propietario: proporcione el nombre correcto, la dirección postal, el número de teléfono y las fechas que se deben proporcionar. Hay un requisito de dos (2) años de referencias de alquiler requeridas para todos los programas, excepto para el **PROGRAMA DE LA SECCIÓN 8**. **¡No se aceptan referencias de arrendadores de familiares!**

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| Arrendador actual: | Fechas alquiladas: |
| Nombre: | De: |
| Dirección: | Hasta: |
| Ciudad/Estado/Código Postal: | Teléfono #: |
| Previous Landlords: | |
| Nombre: | Dates Rented: |
| Nombre: | De: |
| Dirección: | Hasta: |
| Ciudad/Estado/Código Postal: | Teléfono #: |
| Previous Landlords: | |
| Nombre: | De: |
| Dirección: | Hasta: |
| Ciudad/Estado/Código Postal: | Teléfono #: |



Adaptación razonable: HAMHC está comprometido con la Ley de vivienda justa, que, entre otras cosas, prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. De acuerdo con nuestras responsabilidades estatutarias y políticas de gestión, haremos adaptaciones razonables en nuestras reglas, políticas, prácticas o servicios, cuando dichas adaptaciones puedan ser necesarias para brindar a las personas con discapacidades igualdad de oportunidades para usar y disfrutar de sus comunidades de vivienda. Si tiene una discapacidad y desea solicitar dicha adaptación, puede hacerlo escribiendo a la Autoridad de Vivienda o por correo electrónico a Amber@hamhc.org. La solicitud debe incluir información sobre la adaptación que está solicitando y cómo es necesaria para adaptarse a su discapacidad. La información provista para adaptaciones razonables está sujeta a verificación.

Por la presente, autorizo a los representantes de la Autoridad de Vivienda de los condados de Malheur y Harney a ponerse en contacto con las oficinas, grupos, organizaciones y/o personas de la agencia necesarios para obtener la información necesaria para determinar la elegibilidad de mi hogar para ser colocado en un programa de la Autoridad de Vivienda de los condados de Malheur y Harney. o lista de espera de propiedades. Yo/nosotros entendemos que esta es una solicitud de colocación en una lista de espera y que la elegibilidad para cualquier programa HAMHC puede no determinarse hasta que mi nombre aparezca en la parte superior de la lista. Entiendo que colocar mi nombre en la lista de espera de un programa o proyecto no constituye elegibilidad para ese programa.

Certifico que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. He incluido todas las fuentes de ingresos. Entiendo que proporcionar información falsa, incompleta o inexacta a sabiendas es punible según las leyes penales federales o estatales y es motivo de denegación de asistencia para la vivienda. Todos los miembros adultos (mayores de 18 años) deben firmar a continuación. También certifico que el apartamento (si corresponde) será mi residencia principal.

Entiendo que debo comunicarme con HAMHC POR ESCRITO de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, composición del hogar o ingresos.

| | |
|---|----------------------|
| FIRMA (Jefe de Hogar) | FECHA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FIRMA (Co-Jefe de Hogar u otro adulto) | FECHA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FIRMA (Otro adulto) | FECHA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ADVERTENCIA: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente haga declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito grave. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA

AVISO INMEDIATO - Uso de marihuana medicinal y marihuana recreativa en viviendas con asistencia federal

La Autoridad de Vivienda de los condados de Malheur y Harney (HAMHC) es plenamente consciente de que el estado de Oregón ha legalizado la marihuana por motivos médicos y, a partir del 1 de julio de 2015, para uso recreativo. Sin embargo, la marihuana sigue siendo ilegal en viviendas con asistencia federal. Por lo tanto, tenga en cuenta lo siguiente:

La Ley de Sustancias Controladas (CSA) enumera la marihuana como una droga de la Lista I, una sustancia con un potencial muy alto de abuso y sin uso médico aceptado en los Estados Unidos. La Ley de Calidad de Vivienda y Responsabilidad Laboral (QHWRA) de 1998 (42 U.S.C 13661) requiere que el HAMHC que administra los programas con asistencia federal prohíba la admisión o elimine cualquier uso ilegal de sustancias controladas, incluida la marihuana medicinal legalizada por el estado. Las leyes estatales que legalizan la marihuana medicinal entran directamente en conflicto con los requisitos de admisión y ocupación continua establecidos en QHWRA y, por lo tanto, están sujetas a preferencia federal.

La Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado medicamentos para usos médicos que se componen de marihuana sintética, como Marinol y Cesamet. Estas drogas no son marihuana



medicinal y son legales según las leyes federales. Estos productos han pasado por el riguroso proceso aprobado por la FDA y se ha determinado que son seguros y efectivos para sus indicaciones. Por lo tanto, están permitidos en los programas de asistencia federal.

Por lo tanto, el HAMHC **no permitirá** el uso de la marihuana medicinal como una adaptación razonable porque:

- 1) Las personas que actualmente usan drogas ilegales, incluida la marihuana medicinal, están categóricamente descalificadas de la protección bajo la disposición de definición de discapacidad de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades; y
- 2) Dichas adaptaciones no son razonables según la ley de vivienda justa porque constituirían una alteración fundamental en la naturaleza de las operaciones de HAMHC..

Tenga en cuenta que la política de HAMHC es no otorgar adaptaciones razonables para el uso de marihuana medicinal y **terminará la asistencia de vivienda** de cualquier participante actual se descubra que participa en dicho uso, como se establece en QWHRA.

El uso recreativo de la marihuana **no se permitirá** también en viviendas asistidas por el gobierno federal. Si se determina que un participante usa marihuana mientras recibe asistencia a través de HAMHC, **la asistencia se dará por terminada**.

Como Directora Ejecutiva de HAMHC, si tiene alguna pregunta, deberá comunicarse conmigo directamente con respecto a este aviso al (541) 889-9661 ext. 111

Al firmar a continuación, **TODOS** los adultos y miembros del hogar reconocen que se debe seguir lo establecido anteriormente y que se cumplirá para mantener la asistencia federal para la vivienda. **TODOS** los adultos y miembros del hogar también reconocen que **LA ASISTENCIA DE VIVIENDA SERÁ TERMINADO SI SE ENCUENTRA QUE EL USO DE MARIHUANA MÉDICA O RECREATIVA ESTÁ SIENDO UTILIZADO POR CUALQUIER PARTICIPANTE EN NUESTROS PROGRAMAS.**

| | |
|---|----------------------|
| FIRMA (Jefe de Hogar) | FECHA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FIRMA (Co-Jefe de Hogar u otro adulto) | FECHA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FIRMA (Otro adulto) | FECHA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DECLARACIÓN DE ESTADO MIGRATORIO

Esta declaración debe ser completada por cada miembro de la familia del hogar. Todos los adultos, mayores de 18 años, deben firmar su propia declaración.. **La declaración de hijos, menores de 18 años, debe ser firmada por un miembro adulto de la familia que resida (o vaya a residir) en la vivienda asistida y que sea responsable del menor.**

BAJO PENA DE PERJURIO, DECLARO QUE:

LOS SIGUIENTES FAMILIARES SON CIUDADANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

| Imprimir nombre | Firma de adulto | Fecha |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



LOS SIGUIENTES FAMILIARES SON NO CIUDADANOS CON ESTATUS MIGRATORIO ELEGIBLE. SE ENTIENDE QUE SE DEBE PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN DEL ESTADO ELEGIBLE PARA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MENCIONADOS A CONTINUACIÓN:

| Imprimir nombre | A- (Número de extranjero) | Firma de adulto | Fecha |
|-----------------|---------------------------|-----------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE LA FAMILIA ESTÁN ELEGRIENDO NO CERTIFICAR QUE SON CIUDADANOS O TIENEN ESTATUS MIGRATORIO ELEGIBLE. SE ENTIENDE QUE ESTO PUEDE AFECTAR LA ELEGIBILIDAD DEL HOGAR PARA RECIBIR ASISTENCIA DE VIVIENDA:

| Imprimir nombre | Firma de adulto | Fecha |
|-----------------|-----------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

CONSENTIR: Doy mi consentimiento para permitir que la Autoridad de Vivienda de los condados de Malheur y Harney (HAMHC) solicite y obtenga información del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) con el fin de verificar mi elegibilidad y el nivel de beneficios bajo los programas de vivienda asistida de HUD. Entiendo que el HAMHC no puede usarlo para retrasar, denegar o cancelar la asistencia de vivienda debido al estado migratorio de un miembro de la familia, excepto según lo dispuesto en las pautas. Además, entiendo que se me debe dar la oportunidad de impugnar la determinación con el INS o el HAMHC, o ambos..

Declaración de la Ley de Privacidad: la Autoridad de Vivienda de los condados de Malheur y Harney recopila la información de este formulario para determinar la elegibilidad del solicitante para recibir asistencia de vivienda. El HAMHC puede divulgar esta información, sin responsabilidad por el uso posterior o la transmisión de la evidencia por parte de la entidad que la recibe a: (1) el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), según lo requiera HUD; y (2) al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para fines de verificación del estatus migratorio de cada individuo y no para ningún otro propósito.

POLÍTICA DE ACTIVIDAD CRIMINAL DE HAMHC

- A. La vivienda SERÁ denegada o terminada:
 - Si se descubre que algún miembro del hogar es o se convierte en un delincuente sexual registrado.
 - Cualquier miembro del hogar que sea desalojado de una vivienda pública o cualquier programa de la Sección 8 por actividades delictivas violentas o relacionadas con las drogas no es elegible para recibir asistencia durante al menos tres años a partir de la fecha del desalojo.
 - Cualquier miembro del hogar que haya sido condenado por cualquier actividad delictiva violenta o relacionada con las drogas en los últimos tres años será denegado/terminado sin excepciones.

- B. La vivienda PUEDE ser negada o terminada si:
 - Cualquier miembro del hogar ha sido condenado por cualquier actividad delictiva no violenta y no relacionada con las drogas en los últimos tres a cinco años, como falsificación, hurto, etc. a discreción del HAMHC..
 - Cualquier miembro del hogar ha sido condenado por cualquier actividad delictiva violenta o relacionada con las drogas en cualquier momento.



**REQUISITOS DE INFORME Y POLÍTICA PARA PARTICIPAR EN VIVIENDA
PROGRAMAS DE ASISTENCIA Y SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO
Autoridad de Vivienda de los condados de Malheur y Harney**

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

ADICIÓN DE UN MIEMBRO ADULTO AL HOGAR: Debe solicitar la aprobación de la Autoridad de Vivienda **antes de** que la persona se muda con usted. **Si muda a un adulto sin aprobación previa, ¡su asistencia puede ser cancelada! No los mude hasta después de que hayan sido aprobados por la Autoridad de Vivienda**

AGREGAR UN NIÑO O ELIMINAR A CUALQUIER INDIVIDUO DEL HOGAR: Notifique a su trabajador social **POR ESCRITO** del cambio dentro de **10 DÍAS** de la ocurrencia. (Por favor, marque "Estoy de acuerdo" o "No estoy de acuerdo")

Entiendo completamente la declaración subrayada arriba: Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo

CAMBIOS DE INGRESO:

Se requiere que informe **POR ESCRITO dentro de 10 DÍAS** de la ocurrencia de cualquiera de los siguientes: cambios en el **fuelle** de tus ingresos, cualquier **umenta** en los ingresos, cualquier disminución significativa en los costos de cuidado de niños permitidos, cualquier disminución significativa en los costos médicos permitidos. Se recomienda que informe cualquier disminución en los ingresos de inmediato. Su asistente social responderá a los cambios informados. Si no recibe una respuesta dentro de dos semanas, comuníquese nuevamente con su asistente social.

Entiendo completamente la declaración subrayada arriba: Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo

POLÍTICA DE HUÉSPEDES:

Si tiene un invitado más de 14 días por año calendario, se lo considera ocupante de la unidad y se lo trata en consecuencia.

Entiendo completamente la declaración subrayada arriba: Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo

PENALIDADES POR INCUMPLIMIENTO:

No informar a sabiendas o falsificar intencionalmente documentos e información de informes para recibir asistencia resultará en la terminación/negación de su asistencia. Las acciones anteriores pueden considerarse fraudulentas y, como tales, podrían dar lugar a un proceso penal.

Entiendo completamente la declaración subrayada arriba: Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo

Certifico/certificamos que he/hemos leído y entendido las declaraciones anteriores. Yo/nosotros entendemos que el incumplimiento de estos requisitos podría resultar en la terminación de mi asistencia de vivienda, así como en un proceso penal.

FIRMA (Jefe de Hogar)

FECHA

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

FIRMA (Co-Jefe de Hogar u otro adulto)

FECHA

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

FIRMA (Otro adulto)

FECHA

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|



**AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE MALHEUR Y HARNEY
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN**

Objetivo: La Autoridad de Vivienda de los condados de Malheur y Harney (HAMHC) utiliza esta autorización y la información obtenida con ella para administrar y hacer cumplir las reglas y políticas de nuestro(s) programa(s) de vivienda.

INDIVIDUOS U ORGANIZACIONES A LAS QUE SE SOLICITA COMPARTIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN:
Se le puede solicitar a cualquier información u organización, incluida cualquier organización gubernamental, entre otras, que divulgue información, es decir:

| | |
|---|---|
| • Identidad y Estado Civil | • Actividad Residencial |
| • Organismos encargados de hacer cumplir la ley, tribunales, verificaciones de antecedentes penales, oficina de correos | |
| • Empleadores, Propietarios Pasados y Actuales | • Empresas de servicios públicos |
| • Proveedores de Crédito, Informes de Crédito y Burós de Crédito | • Pensiones/ Beneficios VA |
| • Beneficios de desempleo | • Manutención de los hijos |
| • Anualidades de seguros | • Becas Educativas |
| • Beneficios del Seguro Social y Discapacidad | • Compensación del trabajador |
| • Manutención del cónyuge (pensión alimenticia) | • TANF y Asistencia Pública |
| • Asistencia Familiar (Contribuciones) | • Verificaciones de Cuidado de Niños |
| • Estado de estudiante a tiempo completo | • Hospitales y clínicas, Dentistas/ ortodoncistas |
| • Primas de Seguros Médicos, Farmacéuticos y Médicos | • Instalaciones de rayos X e imágenes |
| • Departamento de Servicios Humanos (DHS) | • Comunidad en Acción (CinA) |

AUTORIZACIÓN

**** AUTORIZO POR UN PERÍODO DE 12 MESES A PARTIR DE LA FECHA ABAJO A DIVULGAR Y COMPARTIR CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO DOCUMENTACIÓN Y OTROS MATERIALES) PERTINENTE A LA ELEGIBILIDAD O PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE VIVIENDA ASISTIDA, INCLUYENDO LO SIGUIENTE:**

- VIVIENDA PÚBLICA DE ALQUILER BAJO
- PROGRAMA DE VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA (SECCIÓN 8)
- VIVIENDA PARA ANCIANOS/DISCAPACITADOS
- VIVIENDA PARA BAJAS INGRESOS
- VIVIENDA SUBSIDIADA
-

**** Acepto que las fotocopias de esta autorización se pueden utilizar para los fines mencionados anteriormente. Si no firmo esta autorización, entiendo que mi asistencia de vivienda puede ser denegada o terminada. Autorizo a todas las fuentes a enviar información por fax, correo postal o correo electrónico a la Autoridad de Vivienda del Condado de Malheur y Harney (HAMHC).**

| | | | |
|---------------------------------|-----------------|-------------------------|-------|
| FIRMA (Jefe de Hogar) | Imprimir nombre | Número de seguro social | Fecha |
| | | | |
| Firma del cónyuge u otro adulto | Imprimir nombre | Número de seguro social | Fecha |
| | | | |
| Otra firma de adulto | Imprimir nombre | Número de seguro social | Fecha |
| | | | |
| Otra firma de adulto | Imprimir nombre | Número de seguro social | Fecha |
| | | | |

