

**CITY OF BELTON
APPLICATION NOTICE – HOME PROGRAM**

The City of Belton is participating in the HOME program through the Texas Department of Housing and Community Affairs. This program will allow the City to reconstruct homes for low-income persons within the city limits.

You **MAY** qualify if you:

- Are the owner and occupant of the home to be assisted; and
- Your home is located within the city limits of Belton; and
- Have no restrictions or encumbrances or liens that would unduly restrict the good and marketable nature of the ownership interest; and
- Are not delinquent on property taxes; and
- Have a household annual income of less than the following:

*2021 INCOME LIMITS BY FAMILY SIZE
FOR BELL COUNTY (80% AMFI)*

1 person	2 person	3 person	4 person	5 person	6 person	7 person	8 person
36,250	41,400	46,600	51,750	55,900	60,050	64,200	68,350

Application forms will be available at the Belton City Hall located at 333 Water Street, Belton Texas 76513. Assistance in completing the application is available and recommended. It will be provided by the City’s Grant Administrator’s, Langford Community Management Services. Please call Karen Walker at 512-696-4056 for HOME program information.

You **MUST** provide copies of the following documents in order for your application to be accepted. Please bring these things to your appointment:

- A completed application packet (pick up at City Hall and complete and return to the city)
- Proof of ownership of your home (deed).
- Proof of occupancy (utility bill or voter registration card or driver’s license)
- Proof of paid property taxes (tax receipts showing all taxes paid or proof of an approved payment plan that has been current for at least 6 months, if taxes are owed)
- Proof of income for all occupants of the dwelling over the age of 18 (check stubs for the past 3 months or current documentation from government agencies such as the Award Letters from Social Security Administration)
- Proof of assets (bank statements for any checking accounts and savings accounts for the past 6 months.)

Applications will only be accepted when all required documentation is completed and submitted. Applicants will be required to give permission for the verification of all information received.

THE CITY OF BELTON IS AN AFFIRMATIVE ACTION/EQUAL OPPORTUNITY CITY



SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA HOME

A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR

Nombre del Administrador: CITY OF BELTON

Calle: 333 WATER STREET

Ciudad/Estado/Código postal: BELTON TX 76513 Condado: BELL

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Nombre(s) del solicitante:

Calle:

Ciudad/Estado/Código postal: Condado:

Correo electrónico: Teléfono particular: () -
Teléfono móvil: () -

C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (Incluir a todos los miembros del grupo familiar)

Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)	Parentesco con la Cabeza de familia	Fecha de Nacimiento	Género	Estado del estudiante FT = Tiempo completo PT = Tiempo parcial N/C=No corresponde	¿Recibe Ingresos ?	Marcar si es veteran o(a)
1.	Cabeza de familia		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

Información importante para ex miembros de los servicios militares. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo el Ejército, la Marina, los Marines, la Guardia de Costas, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas al <https://veterans.portal.texas.gov/>."

D. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (continuación)

1. ¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?
 No Sí, ¿quién?
2. ¿Algún miembro del grupo familiar mencionado anteriormente es un niño en cuidado sustituto?
 No Sí, ¿quién?
3. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en la casa como acompañante?
 No Sí, ¿quién?
4. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal?
 No Sí, ¿quién?
- En caso afirmativo, indicar el motivo de la ausencia temporal:
5. ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses?
 No Sí, explique :

E. ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA RECIBIDA ANTERIORMENTE

(Enumerar cualquier otra asistencia para la vivienda provista a miembro del grupo familiar o recibida por él)

¿Esta propiedad se vio afectada por un desastre? No Sí, ¿cuál desastre?

Fuente	Cantidad	Fecha de recepción	Razón
1. FEMA: Agencia de Administración de Emergencias Federal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Si es por desastre, cual fue?	\$		
2. SBA: Small Business Administration (Administración de pequeñas empresas) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
3. Sección 8: Desarrollo urbano y de viviendas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
4. TBRA: Programa de asistencia para el Inquilino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
5. Seguro de propietario de vivienda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
6. Otro (describir): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		

F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

1. ¿Alguien del grupo familiar presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado de TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario?
 No Sí

Si la respuesta es afirmativa, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

¿Desempeña actualmente esa función? No Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario (tanto por lazos familiares como comerciales)? No Sí

Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

¿Desempeña actualmente esa función? No Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:**G. INFORMACIÓN SOBRE LA ENAJENACIÓN DE ACTIVOS**

1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? (si perdió el hogar debido a ejecución hipotecaria, bancarota o divorcio, responda que no): No Sí, ¿quién?

Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):

2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de un hogar durante los últimos dos años? No Sí, ¿quién?
 ¿Es actualmente propietario? No En caso negativo: ¿Cuándo se enajenó?

 Sí En caso afirmativo: ¿Está alquilado? No Sí¿Está vacío? No Sí¿Está en proceso de venta? No Sí

H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Mencionar TODOS los ingresos de los miembros del grupo familiar, con excepción de los ingresos obtenidos del empleo de personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquier fuente esperados durante los próximos 12 meses	Cabeza de familia	cónyuge o Corresponsable	otros miembros adultos	Dependientes	Total
1. Salario N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
2. Salario N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
3. Pago de horas extras <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
4. Comisiones /Honorarios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
5. Propinas y bonos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
6. Ingreso temporal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
7. Ingreso de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
8. Interés / Dividendos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
9. Ingresos netos comerciales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
10. Ingreso neto de alquiler <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
11. Seguro Social <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
12. Seguro adicional Ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
13. Pensión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
14. Ingresos de retiro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
15. Asistencia familiar u obsequios recurrentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
16. Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
17. Indemnización por accidentes laborales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
18. Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
19. Manutención del niño <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Marcar el tipo: Asignado por el tribunal Voluntario Anticipado	\$	\$	\$	\$	\$
20. AFDC/TANF <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
21. Otro ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describa:	\$	\$	\$	\$	\$
				Ingreso Annual:	\$

I. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEO ACTUAL

1. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación :		Teléfono laboral : () -	
Nombre y dirección del empleador :			Ciudad :		Estado : Código postal :
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro		Horas trabajadas por semana	Fax: () -

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL (continuación)				
2. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: () -	
Nombre y dirección del empleador		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: () -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -
4. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: () -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -

J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (*), indique el importe que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), descontando las penalizaciones por retiro anticipado, importes usados para cancelar un saldo y los aranceles que puedan aplicarse a la conversión).

Identifique todas las fuentes de activos	Efectivo Valor	Ingreso de activo (Interés / Dividendos)	Nombre de la institución financiera	Número de cuenta:
1. Cuenta corriente N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
2. Cuenta corriente N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
3. Cuenta de ahorros N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
4. Cuenta de ahorros N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
5. Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
6. Acciones, bonos, fondos mutuos* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
7. Inmuebles/hogar* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
8. Bienes raíces / Tierra* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
9. Cuenta(s) IRA/Keogh* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
10. Fondo(s) de pensión / jubilación* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
11. Fondo(s) fiduciario(s) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
12. Pagaré hipotecario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
13. Seguro de vida entera* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
14. Bienes personales mantenidos como Inversión (gemas, monedas, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
15. Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
16. Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		

K. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOBRE NECESIDADES ESPECIALES: El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) solicita esta información para cumplir con los requisitos de informe solicitados por el HUD. Aunque el TDHCA apreciaría recibir esta información, usted puede elegir no presentarla. No será discriminado debido a esta información, ni tampoco si decide presentarla o no. Si no desea presentar esta información, coloque sus iniciales a continuación.

_____ No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar.
Iniciales del solicitante

Códigos del grupo étnico:

A - Hispano: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.

B – No hispano

Códigos de raza:

A- Blanco	F - Indio americano/nativo de Alaska/ blanco
B - Negro-afroamericano	G - Asiático/blanco
C - Asiático	H - Negro/afroamericano/blanco
D - Indio americano/nativo de Alaska	I - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericano
Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico	J - Otras razas múltiples

Códigos de necesidades especiales:

A - De la tercera edad	E - Residente de Colonia	J - Víctima de desastre
B - Persona con discapacidades*	F – VAWA/víctima de violencia doméstica	K – Veterano
C - Persona con VIH/SIDA	G - Persona sin vivienda	L - Combatiente herido
D - Persona con adicción al alcohol y/o drogas	H - Trabajador migratorio de granjas	M - El dinero sigue a la persona
	I - Residente de vivienda pública	

***Definición de discapacidad:** Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal actual o la adicción a una sustancia controlada.

	Código de origen étnico	Código de raza	Código(s) de necesidades especiales
1 (Cabeza)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del Programa HOME por el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre préstamos hipotecarios, empleo, activos, pasivos e ingresos. Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años deben firmar la Solicitud.

_____	_____	_____
Nombre en imprenta del solicitante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en imprenta del cosolicitante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto:	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto:	Firma	Fecha

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. establece que realizar declaraciones falsas intencionales o la provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.

Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

Dirección física: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711
 Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.state.tx.us Sitio web: www.tdhca.state.tx.us



**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN	
Nombre del Administrador/Propietario/Administración: CITY OF BELTON	Número de TDHCA:1003198
Persona de contacto:SMA LISTI	Cargo de la persona de contacto: CITY MANAGER
Domicilio:333 WATER STREET BELTON TEXAS 76513	Teléfono:254-933-5818
Correo electrónico:SLISTI@BELTONTXAS.GOV	Fax:

II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente:

Yo/nosotros _____, el/los que suscribe/suscriben, por el presente autorizo/autorizamos a todas las personas o compañías en las categorías que se mencionan a continuación a divulgar información sobre el empleo, ingreso y/o activos con el propósito de verificar la información en mi/nuestra solicitud para la participación en el Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés). Yo/nosotros autorizo/autorizamos la divulgación de la información sin responsabilidad alguna del administrador/propietario/administración que figuran anteriormente, y/o el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y/o el proveedor de servicios del Departamento.

INFORMACIÓN CUBIERTO

Yo/nosotros comprendo/comprendemos que puede necesitarse información anterior o actual sobre mí/nosotros. Las verificaciones y consultas que pueden solicitarse incluyen, pero no limitado/a: identidad personal, tipo de estudiante, empleo, ingreso, activos y subsidios médicos o para el cuidado de niños. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que esta autorización no puede usarse para obtener información sobre mí/nosotros que no se relacione con mi elegibilidad y la continuación en la participación del Programa de Vivienda Asequible del TDHCA.

GRUPOS O PERSONAS A QUIENES SE PUEDE CONSULTAR

Los grupos o personas a quienes se puede solicitar la divulgación de la información anterior incluyen, pero no limitado/a:

Empleadores actuales y presentes	Agencias de bienestar	Administraciones de veteranos
Proveedores de asistencia y manutención	Agencias estatales de desempleo	Sistemas de retiro
Instituciones educativas	Administración del Seguro Social	Proveedores de atención médica y cuidado de niños
Bancos y otras instituciones financieras	Proveedores de servicios públicos	Propietarios de viviendas anteriores
Agencias públicas de viviendas	Distritos de tasación	Operador de seguros

III. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo/nosotros acepto/aceptamos que puede usarse una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización se encuentra archivado y **permanecerá en vigencia por un año y un mes** desde la fecha de firma. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que yo/nosotros tengo/tenemos el derecho de revisar este archivo y corregir la información incorrecta.

_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del solicitante conjunto/residente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto	_____ Firma	_____ Fecha

NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE UTILIZARSE PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. SI SE REQUIERE UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DEBE COMPLETARSE EL FORMULARIO 4506 DEL IRS, "SOLICITUD DE UNA COPIA DE UN FORMULARIO IMPOSITIVO" Y FIRMARSE POR SEPARADO.

Administrador: CITY OF BELTON

Número de contrato/RSP: 1003198

Nombre del beneficiario:

Dirección del proyecto:

Sección 1

Certificación de residencia principal ACTUAL del propietario

Esta sección se aplica solo a propietarios que **ACTUALMENTE** ocupan la vivienda para la que se solicita asistencia. Si el propietario ya no ocupa actualmente la vivienda, consulte la Sección 2.

El propietario por el presente certifica:

- El propietario es el dueño y **actualmente ocupa** la Dirección del Proyecto de referencia indicada como su residencia principal, tal como se comprueba con los documentos de respaldo provistos que verifican la dirección física;
- El propietario ocupará continuamente la Dirección del Proyecto como su residencia principal durante todo el período de accesibilidad requerido, de acuerdo con los requisitos del Programa de Asociación para la Inversión HOME (HOME);

Toda la información provista al Administrador y al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) es verdadera y correcta, y que toda discrepancia o declaración incorrecta puede resultar en la descalificación del Programa HOME.

Firma del propietario

Fecha

Firma del propietario

Fecha

Sección 2

**Certificación de residencia principal DESOCUPADA del propietario
(Si el propietario ocupa actualmente la vivienda, consulte la Sección 1).**

Esta sección es de aplicación solo para los propietarios que **NO OCUPAN ACTUALMENTE** la vivienda para la que se solicita asistencia porque se ha determinado que la vivienda no es habitable.

- Reglas de 2010: la imposibilidad de habitar debe estar causada por un desastre o condena del gobierno local;
- Reglas de 2012: la imposibilidad de habitar también puede estar causada por inquietudes de salud y seguridad documentadas por el gobierno local.

El propietario por el presente certifica:

- *El propietario es el dueño de la Dirección del Proyecto de referencia indicada como su residencia principal pero no ocupa actualmente la vivienda debido a su condición de inhabitable que resultó de:*
 - La vivienda fue destruida por un incendio o desastre natural el ____ (fecha);
¿La destrucción fue causada por un desastre declarado por el gobierno estatal o federal? Yes No
En caso afirmativo, ¿el propietario recibió asistencia para la reparación de la vivienda de otra fuente (incluido el seguro del propietario, FEMA, SBA, etc.)? Yes No
 - La vivienda fue condenada por el gobierno local el ____ (fecha);
 - El gobierno local determinó que la vivienda constituye una amenaza a la salud y la seguridad ____ (solo Reglas de 2012) el (fecha);
- A partir de la fecha en que se determinó que la vivienda no es habitable, la Dirección del Proyecto fue la residencia y vivienda principal del propietario, tal como se comprueba por la excepción para vivienda emitida por la autoridad impositiva;

(continúa en la página 2)

- A partir de la fecha en que se determinó que la vivienda no es habitable, la Dirección del Proyecto fue la residencia y vivienda principal del propietario, tal como se comprueba por la excepción para vivienda emitida por la autoridad impositiva;
- El propietario ocupará continuamente la Dirección del Proyecto de reciente construcción como su residencia principal durante todo el período de accesibilidad requerido, de acuerdo con los requisitos del Programa de Asociación para la Inversión HOME (HOME);
- Confirma que la aceptación de la asistencia del Programa HOME resultará en la aplicación de un embargo sobre la Dirección del Proyecto en favor del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés);

Toda la información provista al Administrador y al TDHCA es verdadera y correcta, y que toda discrepancia o declaración incorrecta puede resultar en la descalificación del Programa HOME.

Firma del propietario Fecha Firma del propietario Fecha

Sección 3
Certificación del Administrador

El Administrador por el presente certifica que toda la documentación provista por el propietario de referencia anterior ha sido examinada y se ha determinado que el propietario es elegible para participar en el Programa HOME

Firma del Administrador Fecha

Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.



DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
Dirección física: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711
Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.state.tx.us Sitio web:
www.tdhca.state.tx.us

