



# Formulario de cambio

Reporte todos los cambios en el plazo de 10 días.

## Todos los miembros del grupo familiar

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Relación	Número de Seguro Social

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- Aumento de los ingresos     
 Disminución de los ingresos     
 Cambio en la composición familiar  
 Gastos médicos (adulto mayor/discapacitado)     
 Otro: \_\_\_\_\_

Motivo del cambio: \_\_\_\_\_

Respecto a qué familiar: \_\_\_\_\_

## Ingresos del grupo familiar: al mes

Seguro Social (propio)	\$	Desempleo	\$
Seguro Social (de otro)	\$	Trabajo por cuenta propia	\$
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	Propinas/gratificaciones	\$
Pensión V.A.	\$	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	\$
Otras pensiones	\$	Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	\$
Manutención de menores	\$	Otro	\$

## Empleo: ingresos mensuales

Familiar:	Nombre del empleador:	Dirección de correo postal/teléfono:	Ingresos brutos:	Horas trabajadas a la semana:

*Por la presente juro/juramos y doy/damos fe que toda la información de arriba es verdadera y correcta. Entiendo/entendemos que dar información falsa o confusa está sancionado según la ley federal y estatal y es motivo de rescisión de la ayuda para la vivienda y finalización de inquilinato.*

Firma de la cabeza de la familia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Housing Authority of Lincoln County

PO Box 1470, 1039 NW Nye St, Newport, OR 97365

Teléfono (541) 265-5326 | Fax (541) 265-6057 | info@halc.info



# Autorización para la revelación de información

*Housing Authority of Lincoln County usa esta autorización y la información obtenida en relación con la asistencia para la vivienda y el cumplimiento de los programas de vivienda asequible que administra.*

## Personas u organizaciones a las que se pide revelación de información

*Se puede pedir a cualquiera de las siguientes organizaciones individuales, incluyendo a cualquier organización gubernamental, que revele información:*

- Empleadores, pasados y actuales
- Bancos y otras instituciones financieras
- Agencias del estado como Asistencia Social y Servicios Sociales
- Proveedores de: pensión alimenticia, cuidado infantil, manutención de menores, asistencia de crédito para discapacitados, atención médica, pensiones y anualidades
- U.S. Social Security Administration
- U.S. Department of Veterans Affairs
- Escuelas y universidades
- Juzgados y agencias de las fuerzas de orden público
- Oficinas postales
- Compañías de servicios públicos
- Oficinas de crédito
- Propietarios de viviendas actuales y anteriores (incluyendo las agencias de vivienda pública)
- Referencias personales profesionales
- Otro, por ejemplo: agencias de remisiones:

## Información cubierta

*La información compartida puede incluir:*

- Gastos para el cuidado infantil
- Historia de crédito, preocupaciones económicas
- Actividad criminal, asuntos legales
- Composición familiar
- Empleo, ingresos, pensiones y activos
- Beneficios estatales federales, tribales o locales
- Gastos de asistencia para personas discapacitadas
- Cuestiones médicas, psicológicas o psiquiátricas
- Identidad y estado civil
- Números de Seguro Social
- Historia de residencias y alquileres

## Autorización

- Autorizo la revelación de cualquier información (incluyendo documentos y otro material) pertinente a la elegibilidad para participar en la asistencia para la vivienda y el cumplimiento de los programas de vivienda asequible administrados por Housing Authority of Lincoln County.
- Entiendo que esta autorización no puede ser usada para obtener ninguna información sobre mí que no esté relacionada con mi elegibilidad y participación continua en los programas de vivienda asequible administrados por la Autoridad de vivienda del condado de Lincoln.
- Acepto que se usen copias de esta autorización para los propósitos establecidos arriba.
- Esta autorización tendrá una vigencia de **quince meses** a partir de la fecha en que se firme.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social XXX-XX-\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social XXX-XX-\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### **Housing Authority of Lincoln County**

PO Box 1470, 1039 NW Nye St, Newport, OR 97365

Teléfono (541) 265-5326 | Fax (541) 265-6057 | info@halc.info