Application for Rental Assistance

Any individual with a disability or other medical need who needs assistance or accommodation with respect to completing this application should inform the Department.

Please notify the Department that you require interpretation services if you do not speak, read or write English. Interpretation may be provided, at no cost to you, in your primary language to help you to understand this notice.

To apply:

1) Fill out the application on the following pages. **Complete all pages. Incomplete applications are not accepted.** You may complete the form in writing, or with a typewriter. All adults age 18 or over must sign the application. **Applications are not accepted online.**

2) The completed application may be turned in by:

   - **Mail:** Mail your application to: Washington County Department of Housing Services, 111 NE Lincoln Street #200-L, Hillsboro OR 97124. **We recommend that you keep a copy of the application and obtain a Certificate of Mailing from the US Post Office to verify that it was mailed.**

   - **Fax:** Fax your application to (503) 846-4795. **We recommend that you keep a copy of the application and obtain a Fax Confirmation to verify that it was successfully faxed.**

   - **In Person:** Come to our office at 111 NE Lincoln Street, Suite 200-L, in Hillsboro, Oregon. **We recommend that you ask the receptionist for a date-stamped copy of the application to verify that it was turned in.**

   - **Note: The Department of Housing Services does not accept applications online.**

3) After your application has been received, it will be entered into our computer system. A letter acknowledging the application will be sent to you.

4) If you have questions, please call the applicant hotline at (503) 846-3790. Due to the high volume of calls, most responses to the hotline will be in writing. Be sure to leave your mailing address when you call.

5) **IMPORTANT: In order to keep your application active,** you must report changes in mailing address, family composition, and living situation. You may report changes by completing an Update Application Form, which is available online under "Reporting Changes" on our Applicants page at www.co.washington.or.us/Housing/current-applicants.cfm, or you may come to the office to complete and update or request one by calling the applicant hotline at (503) 846-3790. **Failure to report changes can remove your application from the waiting list.**

How to Check your Housing Application Status by Phone

Note: You will need your Date of Birth and Social Security Number to check your application status.

1) Call 503-846-4794

2) After you hear "Our menu has changed", press 1

3) After you hear "If you have already applied for rental assistance", press 1.

4) Wait on the line. You may hear "One moment please". You may hear the phone ringing.

5) Press 1 for English.

6) Enter your Social Security Number. The system will read it back to you. If correct, press 1,

7) Enter your Date of Birth in mmddyy format. For example, if your date of birth is May 1, 1980, enter 050180. The system will then read it back. If correct, press 1.

8) The system will then tell you the date you applied and the position of your application on the waiting list. The list is updated weekly.

Español a la página siguiente ➲

Aplicación para Asistencia con la Renta

Cualquier individuo con una discapacidad o una necesidad médica que necesita ayuda u acomodación con respecto a llenar esta aplicación debe informar al Departamento.

Para aplicar:

1) Llene la aplicación en las paginas siguientes. **Llene todas las páginas. No se acepta aplicaciones incompletadas.** Usted puede completar por escrito, o con una máquina de escribir. Todos los adultos con edad de 18 años o mas tienen que firmar el formulario. **No aceptamos aplicaciones a través del Internet.**

2) Usted puede entregar la aplicación completada por:

   - **Correo:** Mande su aplicación a: Washington County Department of Housing Services, 111 NE Lincoln Street #200-L, Hillsboro OR 97124. **Le recomendamos que guarde una copia de la aplicación y obtenga un certificado de envío de la Oficina de Correos de EE.UU. para comprobar que se envió por correo.**

   - **Fax:** Mande su aplicación por fax a (503) 846-4795. **Le recomendamos que guarde una copia de la aplicación y obtenga una confirmación de fax para comprobar que se trataba de éxito por fax**.

   - **En persona:** Venga a nuestra oficina a 111 NE Lincoln Street, Suite 200-L, en Hillsboro, Oregon. **Le recomendamos que pida a la recepcionista de una copia sellada con la fecha de la aplicación para verificar que fue devuelto**.

   - **Note: El Departamento de Servicios en Vivienda no acepte aplicaciones através del Internet.**

3) Después de que recibimos su aplicación, será entrada a nuestra sistema de computadora. Una carta de reconocimiento de la aplicación será enviada a usted.

4) Si usted tiene preguntas, por favor llame a la línea directa de aplicantes al (503) 846-3790. Debido al alto volumen de llamadas, la mayoría de las respuestas a la línea directa se hará por escrito. Asegúrese de dejar su dirección postal cuando llame.

5) **IMPORTANTE: A fin de mantener la aplicación activa,** usted debe reportar cambios en la dirección de correo, la composición familiar y situación de vida. Usted puede informar los cambios mediante la cumplimentación del formulario de actualización de aplicaciones, que está disponible bajo "Reporting Changes" en nuestra página para aplicantes en www.co.washington.or.us/Housing/current-applicants.cfm, o puede venir a la oficina para llenar la actualización, o solicitarla por la línea directa de aplicantes al (503) 846-3790. **Fracaso de reportar cambios puede quitar su aplicación de la lista de espera.**

Como Verificar el Estado de su Aplicación por Teléfono:

Note: Necesitará su Fecha de Nacimiento y Número de Seguro Social para verificar el estado de su aplicación.

1) Llame 503-846-4794
2) Después de oír "Para información en español", oprima 9.
3) Después de oír "Si ya ha aplicado para servicios de viviendas", oprima 1.
4) Después de oír "Si ya ha aplicado para asistencia con renta", oprima 1.
5) Espere. Posiblemente oirá "Un momento, por favor". Posiblemente oirá el timbre de teléfono.
6) Oprima 9 para español.
7) Ingrese su Número de Seguro Social. El sistema se lo leerá a usted. Si la prensa correcta, 1,
8) Ingrese su fecha de nacimiento en formato mmddaa. Por ejemplo, si su fecha de nacimiento el 1 de mayo de 1980, entre 050180. Entonces, el sistema se lo leerá. Si la prensa correcta, 1.
9) El sistema le indicará la fecha en que Ud. aplicó, y la posición de su aplicación en la lista de espera. La lista se actualiza semanalmente.

English on previous page ➲

Application for Rental Assistance

Any individual with a disability or other medical need who needs accommodation with respect to this application should inform the Department.

Please answer ALL questions. If the information does not apply, write "none". Print clearly.

1. **List all members of your household that will be living with you (starting with yourself). Please complete all spaces for all household members. If any member of your household is pregnant, please list "EXPECTING" under "Name", and the due date under "Date of Birth".** ***Attach an additional sheet if necessary.***

Name *Last, First*	**Relationship to Head of Household**	**Date of Birth**	**Gender**	**Race***	**Ethnicity***	**Disability? (Yes/No)**	**Social Security Number**
	Head of the Household		☐Male ☐Female		☐Hispanic ☐Non-Hispanic	☐Yes ☐No	
			☐Male ☐Female		☐Hispanic ☐Non-Hispanic	☐Yes ☐No	
			☐Male ☐Female		☐Hispanic ☐Non-Hispanic	☐Yes ☐No	
			☐Male ☐Female		☐Hispanic ☐Non-Hispanic	☐Yes ☐No	
			☐Male ☐Female		☐Hispanic ☐Non-Hispanic	☐Yes ☐No	
			☐Male ☐Female		☐Hispanic ☐Non-Hispanic	☐Yes ☐No	

**Providing this information is voluntary. It is used for statistical purposes only.*

Mailing Address: _____
(Street Address and Apartment, or PO Box)

_____
(City) (State) (Zip)

Telephone: _____ Email: _____

1. Has any member of your household served in the **United States Armed Forces?** .....☐Yes ☐No
2. **Do you need an interpreter?** .....☐Yes ☐No
   If yes, what language? _____

2. **What is your current household income?** List total amount all family members receive each month and the source of the income (such as wages, Social Security, TANF, etc). If you have no income, please write "NONE".

   Monthly Amount: $_____ Source of Income: _____
   Monthly Amount: $_____ Source of Income: _____
   Monthly Amount: $_____ Source of Income: _____

3. **Please answer the following questions**, which are necessary to determine your placement on the waiting list.

   Would you benefit from any of these services? ☐ Mental Health ☐ Substance Abuse ☐ Veterans Services
   Are you currently enrolled in the **Bridges to Housing** program?.....☐Yes ☐No
   Are you currently **homeless** (including residing in a shelter or transitional housing)?.....☐Yes ☐No
   If yes: have you been **continuously homeless for 12 months** or longer, or
   have you been **homeless 4 or more times in the past 3 years**?.....☐Yes ☐No
   Do you currently reside in housing that is **sub-standard** (i.e. inhabitable)?.....☐Yes ☐No
   Is the **cost of rent and utilities more than half of your income**?.....☐Yes ☐No
   Are you a **victim of domestic violence** (within the past 12 months, or an ongoing threat to your safety)?.....☐Yes ☐No
   Are you currently **sharing a residence with another household** to whom you are not related?.....☐Yes ☐No
   Do you have a **fixed income that does not change over time** (from Social Security, VA benefits, or other disability or retirement pension?).....☐Yes ☐No
   Have you been **displaced or put out of your home** for one of the following reasons (mark any that apply):
   ☐ A **disaster**, such as a fire or flood ☐ A **government action**
   ☐ An **owner action** beyond your control ☐ Because of **hate crimes or reprisals** against you

4. **Have you ever received rental assistance**/subsidy from any HUD program in the past?.....☐Yes ☐No
   If yes, with what Public Housing Agency? _____

I hereby certify that all the information above is true and complete. I understand that by signing this document, I authorize the Washington County Department of Housing Services to examine my household's criminal background and verify all information reported. I understand that I must inform the Washington County Department of Housing Services immediately and in writing of any changes. I understand that if the Department of Housing Services does not have my current address, my application will be withdrawn. **All adults (age 18+) must sign below.**

Signature of Head of Household _____ Date _____ Signature of Spouse or Other Adult _____ Date _____

Signature of Other Adult _____ Date _____ Signature of Other Adult _____ Date _____

WARNING! Title 18, Section 1001 of the United States Code states that a person who knowingly and willingly makes false or fraudulent statements to any Department or Agency of the United States is guilty of a felony.

Washington County Department of Housing Services
111 NE Lincoln, Suite 200-L · Hillsboro, Oregon 97124
(503) 846-4794 · FAX: (503) 846-4795 · TTY: (503) 846-4793 or 711
www.co.washington.or.us/housing

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

DHS Office Use Only
Rec'd by Staff Initials: _____
Date/Time Rec'd:

Aplicación Para Asistencia con la Renta

Cualquier individuo con una incapacidad quien necesita una acomodación con respecto a ésta aplicación debe informar al Departamento.

Favor de contestar todas las preguntas. Si la información no es aplicable, escribe "nada". Imprente claramente.

1. **Ponga la información para todas las personas que van a vivir con Ud. (empezando con Ud. mismo). Favor de llenar cada espacio para todos los miembros de la familia. Si cualquier miembro está embarazada, favor de poner "EMBEREZADA" bajo "Nombre", y la fecha que dará a luz bajo "Fecha de Nacimiento".** ***Adjunte una hoja adicional si es necesario.***

Nombre *Apellido, Primero*	**Relación al Encabezado de la Familia**	**Fecha de Nacimiento**	**Sexo**	**Raza***	**Etnicidad***	**Incapacidad? (Sí/No)**	**Numero de Seguro Social**
	Encabezado de la Familia		☐Varón ☐Hembra		☐Hispano ☐No Hispano	☐Sí ☐No	
			☐Varón ☐Hembra		☐Hispano ☐No Hispano	☐Sí ☐No	
			☐Varón ☐Hembra		☐Hispano ☐No Hispano	☐Sí ☐No	
			☐Varón ☐Hembra		☐Hispano ☐No Hispano	☐Sí ☐No	
			☐Varón ☐Hembra		☐Hispano ☐No Hispano	☐Sí ☐No	
			☐Varón ☐Hembra		☐Hispano ☐No Hispano	☐Sí ☐No	

** Proveer esta información es voluntario. Esta usada para estadísticos solamente.*

Dirección de Correo: _____
(Dirección, Numero de Apartamento, o PO Box)

_____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: _____ Email: _____

1. ¿Hay cualquier miembro de la familia quien ha servido en las **Fuerzas Armadas de los Estados Unidos**? ....☐Sí ☐No

2. **¿Necesita Ud. un intérprete?** .....☐Sí ☐No
   Si que sí, ¿cual idioma? _____

3. **¿Cuales son sus ingresos actuales?** Enumera ingresos recibidos por cada miembro de la familia cada mes y los tipos de ingresos (ganancias, Seguridad Social, TANF, etc.). Si no tiene ingresos, favor de poner "NADA".

   Cantidad por Mes: $_____ Tipo de Ingresos: _____
   Cantidad por Mes: $_____ Tipo de Ingresos: _____
   Cantidad por Mes: $_____ Tipo de Ingresos: _____

4. **Favor de contestar las preguntas siguientes**, que son necesarias para determinar su colocación en la lista de espera:
   ¿Alguno de estos **servicios se beneficia**? ☐Salud Mental ☐Abuso de Sustancias ☐Servicios para Veteranos
   ¿Está Ud. Actualmente participando en el programa de **Bridges to Housing?**.....☐Sí ☐No
   ¿Está Ud. actualmente **sin hogar**? (Incluyendo si Ud. está viviendo en un refugio o vivienda transicional) .....☐Sí ☐No
   Si que sí. ¿Ha estado sin hogar para **12 meses continuas**, o **4 veces o mas en los 3 años pasados**?...☐Sí ☐No
   ¿Siente Ud. que está viviendo en un hogar que es **inferior a lo normal** (no es habitable)? .....☐Sí ☐No
   ¿Es el costo de **su renta y utilidades más que la mitad de sus ingresos** brutos por mes? .....☐Sí ☐No
   ¿Es Ud. una víctima de **violencia domestica** (durante los 12 meses pasados, o amenaza continua)? .....☐Sí ☐No
   ¿Está Ud. **co-viviendo con otra(s) familia(s) a quien Ud. no tiene relación**? .....☐Sí ☐No
   ¿Tiene Ud. **ingresos fijos** que no cambian mucho? (de Seguro Social, beneficios de veterano, u otro programa de incapacidad o jubilación?).....☐Sí ☐No
   ¿Ha sido Ud. **desplazado** de su hogar por cualquiera de las razones siguientes? (marque todas que sean aplicables):
   ☐ Un **desastre** (como enfuego o inundación) ☐ Una **Acción del Gobierno**
   ☐ Una **Acción del Dueño** afuera de su control ☐ Debido **a crímenes del odio o represalias**

5. ¿Había Ud. recibido asistencia o subsidio de cualquier programa por HUD en el pasado?.....☐Sí ☐No
   Si que sí, ¿con cual Agencia Publica de Viviendas?_____

Yo certifico que toda la información arriba es verdadera y completa. Yo entiendo que al firmar este documento, yo autorizo al Departamento de Servicios en Vivienda del Condado de Washington a examinar los antecedentes criminales de los miembros de mi familia y verificar toda la información reportada. Yo entiendo que debo informarle al Departamento de Servicios en Vivienda inmediatamente, y por escrito, de cualquieres cambios. Yo entiendo si el Departamento de Servicios en Vivienda no tiene mi dirección actual, mi aplicación será removida de la lista de espera. **Cada adulto (con 18 años o mas) debe firmar abajo.**

Firma de Encabezado de la Familia	Fecha	Firma de Esposa(o) u Otro Adulto	Fecha
Firma de Otro Adulto	Fecha	Firma de Otro Adulto	Fecha

¡AVISO! El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos indica que una persona que, con conocimiento, hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un crimen.

Departamento de Servicios en Vivienda del Condado de Washington
111 NE Lincoln, Suite 200-L · Hillsboro, Oregon 97124
(503) 846-4794 · FAX: (503) 846-4795 · TTY: (503) 846-4793 or 711
www.co.washington.or.us/housing

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

Para el uso de la Oficina Solamente
Rec'd by Staff Initials: _____
Date/Time Rec'd:

Rental Assistance Programs

The Washington County Department of Housing Services offers rental assistance through a variety of programs. Please read the descriptions of the programs below and mark each program you would like to apply for.

- ☐ **FirCrest Manor (Project-Based Voucher) -** 1, 2, and 3 bedroom units located in Beaverton, Oregon. Residents pay rent based on income.
- ☐ **Bonita Villa/Colonies Apartments (Project-Based Voucher)** - 1 and 2 bedroom units located in Tigard, Oregon. Residents pay rent based on income. Preference is given to households in the Bridges to Housing program.
- ☐ **Tom Brewer House (Project-Based Voucher)** - Drug-free housing located in Beaverton, Oregon. Single Room Occupancy (also called "SRO", a room for a single person with shared bathroom and kitchen), studio and 1 bedroom units. Residents pay rent based on income. Preference given to applicants with a special need for substance abuse and/or mental health services.
- ☐ **PLUSS Apartments (Project-Based Voucher)** - Single Room Occupancy (also called "SRO", a room for a single person with shared bathroom and kitchen). Units are located in Tigard, Oregon. Residents pay rent based on income. Preference given to applicants with a special need for mental health services.
- ☐ **Housing TEAM (Project-Based Voucher)** - 1 bedroom units throughout Washington County. Residents pay rent based upon their income, and must rent a pre-determined unit. To be eligible for Housing TEAM, applicants must be chronically homeless (persons with a disabling condition who have been homeless for 12 months or more, or have experienced at least 4 episodes of homelessness in the last three years). Preference is given to applicants with a special need for mental health services.
- ☐ **The Knoll Apartments (Project-Based Voucher) -** 1 bedroom apartments for chronically homeless individuals (single persons with a disabling condition who have been homeless for at least 12 months continuously or 4 times in the last three years). Preference for Veterans with a need for Veterans Services. Located in Tigard, Oregon. Residents pay rent based on income. Age 55+, only.
- ☐ **Alma Gardens (Project-Based Voucher) -** 1 bedroom apartments located in Hillsboro, Oregon. Age 55+.

Please note: Your name will only be placed on waiting list(s) for programs with units of appropriate bedroom size for your household. If you mark a program that does not have units of the appropriate size for your household, your name will not be placed on the waiting list for that program.

I have read the above information and have selected the programs I am interested in. I understand that my name will only be placed on waiting lists for programs that have units of an appropriate bedroom size for my household, as reported on my Application for Rental Assistance.

Signature: _____ Date: _____

Programas de Asistencia con la Renta

El Departamento de Servicios en Vivienda del Condado de Washington ofrece asistencia con la renta por una variedad de programas. Favor de leer las siguientes descripciones de los programas y marque cada programa por lo cual Ud. quiere aplicar.

- ☐ **FirCrest Manor (Comprobante de Proyecto)** - Viviendas de 1, 2, y 3 recamaras localizado en Beaverton, Oregon. Residentes pagan renta basada por sus ingresos.
- ☐ **Bonita Villa/Colonies Apartments (Comprobante de Proyecto)** - Viviendas de 1 y 2 recamaras localizadas en Tigard, Oregon. Residentes pagan renta basada por sus ingresos. Da preferencia a familias participando en el programa de Bridges to Housing.
- ☐ **Tom Brewer House (Comprobante de Proyecto)** - Viviendas libre de drogas localizados en Beaverton, Oregon. Viviendas de Un Cuarto Solo (también llamadas "SRO", un cuarto para una persona sola con el baño y la cocina compartidos), estudio y viviendas de 1 recamara. Residentes pagan renta basada por sus ingresos. Da preferencia a aplicantes quien se necesitan servicios de abuso de sustancias y/o salud mental.
- ☐ **PLUSS Apartments (Comprobante de Proyecto)** - Viviendas de Un Cuarto Solo (también llamadas "SRO", un cuarto para una persona sola con el baño y la cocina compartidos), localizados en Tigard, Oregon. Residentes pagan renta basada por sus ingresos. Da preferencia a aplicantes quien se necesitan servicios de salud mental.
- ☐ **Housing TEAM (Comprobanted de Proyecto)** - Viviendas de 1 recamara en todo el condado de Washington. Los residentes pagan la renta en base a sus ingresos, y debe alquilar una vivienda pre-determinada. Para ser elegible para Housing TEAM, los solicitantes deben ser crónicamente sin hogar (personas con una condición de discapacidad que han estado sin hogar durante 12 meses o más, o hayan experimentado al menos cuatro episodios de la falta de vivienda en los últimos tres años). Se da preferencia a los candidatos con una necesidad especial de los servicios de salud mental.
- ☐ **The Knoll Apartments (Comprobante de Proyecto)** - Apartamentos de 1 recamara para individuos que están sin hogar crónicamente (personas solas quienes tienen incapacidad y han estado sin hogar para 12 meses continuas o 4 veces en los últimos tres años). Preferencia para Veteranos quien se necesitan de Servicios para Veteranos. Localizado en Tigard, Oregon. Residentes pagan renta basada por sus ingresos. Edad de 55 o más solamente.
- ☐ **Alma Gardens (Comprobante de Proyecto)** - Apartamentos de 1 recamara localizados en Hillsboro, Oregon. Edad de 55 o más solamente.

Favor de notar: Su nombre solamente será aplicada a la(s) lista(s) de espera para programas que tengan viviendas con el número apropiado de recamaras para su familia. Si Ud. marque un programa que no tiene viviendas con el numero apropiado de recamaras, no le aplicaremos a la lista de espera para ese programa.

Yo he leído la información arriba y he seleccionado los programas en que tengo interés. Yo entiendo que mi nombre solamente se aplicará a las listas de espera para programas que tengan viviendas con el número apropiado de recamaras para mi familia, como reportado en mi Aplicación para Asistencia con la Renta.

Firma: _____ Fecha: _____

OMB Control # 2502-0581
Exp. (07/31/2012)

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

SUPLEMENTO A LA APLICACION PARA VIVIENDAS CON ASISTENCIA FEDERAL

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time. You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.**

Instrucciones: *Opcional Persona o Agencia de Contacto: Usted tiene el derecho por ley a incluir como parte de su aplicación de vivienda, el nombre, dirección, número de teléfono y otra información pertinente de un familiar, amigo u organización social, de la salud, la promoción, u otra. Esta información de contacto es con el propósito de identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier problema que pueda surgir durante su tenencia o para ayudar en la prestación de los cuidados especiales o servicios que pueda necesitar. Usted puede actualizar, eliminar o cambiar la información que usted proporcione en este formulario en cualquier momento.* ***Usted no está obligado a proporcionar esta información de contacto, pero si decide hacerlo, por favor incluya la información pertinente en este formulario.***

Applicant Name / *Nombre del Aplicante:*	
Mailing Address / *Dirección de Correo:*	
Telephone No / *Numero de Teléfono*:	**Cell Phone No / *Numero de Teléfono Celular:***
Name of Additional Contact Person or Organization / *Nombre de la Persona o Agencia de Contacto:*	
Address / *Dirección:*	
Telephone No / *Numero de Teléfono*:	**Cell Phone No / *Numero de Teléfono Celular:***
E-Mail Address (if applicable) / *Email (si aplicable):*	
Relationship to Applicant / *Relación al Aplicante:*	

Reason for Contact: (Check all that apply)
Razon para Contacto: *(Marque todos aplicables)*

- ☐ Emergency / *Emergencia*
- ☐ Unable to contact you / *No podemos contactarle*
- ☐ Termination of rental assistance / *Terminacion de asistencia con la renta*
- ☐ Eviction from unit / *Desahucio de la vivienda*
- ☐ Late payment of rent / *Pago tarde de la renta*
- ☐ Assist with Recertification Process / *Asistencia con el proceso de recertificacion*
- ☐ Change in lease terms / *Cambio en los terminos del contrato de arrendamiento*
- ☐ Change in house rules / *Cambio en las reglas de la vivienda*
- ☐ Other / *Otro:* _____

Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.

El compromiso de la Autoridad de Viviendas o el Propietario: *Si usted es aprobado para la vivienda, esta información se mantendrá como parte de su archivo de inquilino. Si surgen problemas durante su tenencia, o si necesita cualquier servicio o atención especial, nos puede contactar a la persona u organización que se enumeran para ayudar a resolver los problemas o en la prestación de cualquier servicio o de atención especial para usted.*

Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.

Declaración de Confidencialidad: *La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie, excepto según lo permitido por el solicitante o la ley aplicable.*

Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.

Información Legal: *Artículo 644 del Acto de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobado el 28 de octubre, 1992) exige que cada solicitante de vivienda de asistencia federal que se ofrecerá la opción de proporcionar información sobre una persona de contacto adicional, o de la organización. Al aceptar la solicitud del demandante, el proveedor de vivienda se compromete a cumplir con la no discriminación y los requisitos de igualdad de oportunidades, de 24 CFR § 5.105, incluyendo las prohibiciones de discriminación en la admisión o participación en programas de asistencia federal de vivienda sobre la base de raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y situación familiar en virtud de la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición de la discriminación por edad en virtud de la Ley de Discriminación por Edad de 1975.*

☐ Check this box if you choose not to provide the contact information.

Signature of Applicant / *Firma del Aplicante*	**Date / *Fecha***

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.