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.

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.**

   - **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: Applications are not accepted by FAX.**

3) After your application has been received, it will be entered into our computer system. A letter or email 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 online at portal.wchousingauthority.org or 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.**

Español en la página siguiente ➲

Departmento de Servicios de Vivienda
111 NE Lincoln Street, Suite 200-L, MS 63, Hillsboro, OR 97124-3072
(503) 846-4794 • fax (503) 846-4795 • TTY dial 711
www.co.washington.or.us/housing
Equal Housing Opportunity

Solicitud para Asistencia de Renta

Cualquier persona con una discapacidad o necesidad médica que necesita una asistencia o acomodación para llenar esta solicitud debe informar esto al Departamento.

Por favor, informe al Departamento que usted requiere de servicios de interpretación si no habla, lee o escribe en inglés. Puede proveerse esta interpretación sin costo alguno para usted en su idioma principal para ayudarle a entender esta notificación.

Para solicitar:

1) Llene la solicitud en las páginas siguientes. **Llene todas las páginas. No se aceptan solicitudes incompletas.** Usted puede llenarla por escrito o con máquina de escribir. Todos los adultos de 18 años de edad o más deben firmar la solicitud.

2) La solicitud llenada puede entregarse de dos maneras:

   - **Correo postal:** Envíe su solicitud a: Washington County Department of Housing Services, 111 NE Lincoln Street #200-L, Hillsboro OR 97124. **Recomendamos que guarde una copia de la solicitud y obtenga un certificado de envío de la oficina de correos para comprobar que fue enviada por correo postal.**

   - **En persona:** Venga a nuestra oficina a 111 NE Lincoln Street, Suite 200-L, en Hillsboro, Oregón. **Recomendamos que pida a la recepcionista una copia de la solicitud sellada con la fecha para comprobar que fue entregada**.

   - **Note: No se aceptan las solicitudes enviadas por FAX.**

3) Después de recibirse su solicitud, se ingresará a nuestro sistema de computadora. Una carta o correo electrónico de reconocimiento de la solicitud será enviado para usted.

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

5) **IMPORTANTE: Para mantener su solicitud activa,** usted debe reportar los cambios en su dirección postal, composición familiar y situación de vivienda. Usted puede informar los cambios en portal.wchousingauthority.org o mediante el llenado del Formulario para Actualizar una Solicitud que está disponible bajo "Reporting Changes" (Reportando cambios") en nuestra página para solicitantes en www.co.washington.or.us/Housing/current-applicants.cfm. También puede venir a nuestra oficina para completar una actualización o llamar a la línea directa de solicitantes al (503) 846-3790. **Si no cumple con reportar un cambio, su solicitud podría ser removida de la lista de espera.**

English on previous page ➲

Departmento de Servicios de Vivienda
111 NE Lincoln Street, Suite 200-L, MS 63, Hillsboro, OR 97124-3072
(503) 846-4794 • fax (503) 846-4795 • TTY dial 711
www.co.washington.or.us/housing
Equal Housing Opportunity

Application for 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 the Head of Household	Date of Birth	Gender	Race*	Ethnicity*	Disability?	Social Security Number
			M		Hispanic	Yes	
			F		Non-Hispanic	No	
			M		Hispanic	Yes	
			F		Non-Hispanic	No	
			M		Hispanic	Yes	
			F		Non-Hispanic	No	
			M		Hispanic	Yes	
			F		Non-Hispanic	No	
			M		Hispanic	Yes	
			F		Non-Hispanic	No	
			M		Hispanic	Yes	
			F		Non-Hispanic	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? _____

3. **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: _____

4. **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 **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

   Have you been **displaced** by government action **beyond your control**? ..... ☐Yes ☐No

5. **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: dial 711
www.co.washington.or.us/housing

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

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

Solicitud para Asistencia

Cualquier persona con una discapacidad o necesidad médica que necesita una asistencia o acomodación para llenar esta solicitud debe informar esto al Departamento.

Favor de contestar TODAS las preguntas. Si la información no es aplicable, escriba "ninguno". Escriba claramente con letra de molde.

1. **Haga una lista de todos los miembros de su hogar que vivirán con usted (empezando con usted mismo). Por favor, llene todos los espacios para todos los miembros de su hogar. Si un miembro de su hogar está embarazada, por favor ponga en la lista "POR NACER" bajo "Nombre" y la fecha prevista del parto bajo "Fecha de Nacimiento".** ***Adjunte una hoja adicional si es necesario.***

Nombre *Apellido, Primer nombre*	Relación con el jefe de hogar	Fecha de Nacimiento	Género		Raza*	Etnicidad*		¿Tiene una discapacidad?		Número de Seguro Social
				M			Hispano		Sí	
				F			No hispano		No	
				M			Hispano		Sí	
				F			No hispano		No	
				M			Hispano		Sí	
				F			No hispano		No	
				M			Hispano		Sí	
				F			No hispano		No	
				M			Hispano		Sí	
				F			No hispano		No	
				M			Hispano		Sí	
				F			No hispano		No	

** Proveer esta información es voluntario. Se usa solamente para propósitos estadísticos.*

Dirección postal: _____
(Calle y apartamento o número de apartado postal)

_____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

1. ¿Algún miembro de su familia ha servido en las **Fuerzas Armadas de los Estados Unidos**? ..... ☐Sí ☐No

2. **¿Necesita usted un intérprete?** ..... ☐Sí ☐No
   De ser así, ¿qué idioma? _____

3. **¿Cuáles son los ingresos de su hogar actualmente?** Indique la cantidad total que todos los miembros de su hogar reciben cada mes y la fuente de ingresos (salarios/sueldos, Seguro Social, TANF, etc.). Si ustedes no tienen ingresos, por favor indique "NINGUNO".

   Cantidad mensual: $_____ Fuente de ingresos: _____
   Cantidad mensual: $_____ Fuente de ingresos: _____
   Cantidad mensual: $_____ Fuente de ingresos: _____

4. **Favor de contestar las siguientes preguntas**, las cuales son necesarias para determinar su colocación en la lista de espera:

   ¿Se beneficiaría usted con alguno de estos servicios?

   ☐Salud mental ☐Abuso de sustancias ☐Servicios para veteranos

   ¿Se encuentra usted actualmente **sin hogar**? (incluye viviendo en un refugio o vivienda de transición) ..... ☐Sí ☐No
   De ser así, ¿ha estado sin hogar por **12 meses consecutivos o más**,
   o ha estado sin hogar **4 veces o más en los últimos 3 años**? ..... ☐Sí ☐No

   ¿Ha sido **desplazado(a)** por una acción del gobierno **más allá de su control**? ..... ☐Yes ☐No

5. ¿**Ha recibido alguna vez una asistencia/subsidio para la renta** de cualquier programa de HUD en el pasado? ☐Sí ☐No
   De ser así, ¿con qué agencia de vivienda pública? _____

Yo certifico que toda la información anterior es completa y verdadera. Entiendo que al firmar este documento, yo autorizo al Departamento de Servicios de Vivienda del Condado Washington para que examine los antecedentes penales de los miembros de mi hogar y verifique toda la información reportada. Entiendo que debo informar al Departamento de Servicios de Vivienda inmediatamente y por escrito sobre cualquier cambio. Entiendo que si el Departamento de Servicios de Vivienda no tiene mi dirección actual, mi solicitud será removida de la lista de espera. **Todos los adultos (18 años o más) deben firmar abajo.**

Firma del jefe de hogar	Fecha	Firma del esposo(a) u otro adulto	Fecha
Firma de otro adulto	Fecha	Firma de otro adulto	Fecha

¡ADVERTENCIA! Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos indica que una persona que haga declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y con conocimiento ante cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un delito.

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

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

DHS Office Use Only
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**. 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.

Project-Based Voucher Program. Residents in this program live in specific apartments and pay rent based on income. Waiting lists for the following sites are currently open:

	Project Name and Location	Unit Size(s) Available	Preference Placement on Wait List for…	Additional Information
☐	**Tom Brewer House** ***Beaverton***	Single Room Occupancy (SRO), studio, 1 bedroom apartments	Persons who are homeless and have a need for substance abuse/mental health services.	Drug-free housing. SRO units have private bedrooms; living room, bath, and/or kitchen may be shared with other residents.
☐	**Pomeroy Place Apartments** ***Aloha***	2 and 3 bedroom apartments	Extremely low-income households with at least one adult who is a US Military Veteran.	
☐	**PLUSS Apartments** ***Tigard***	Single Room Occupancy (SRO) units	Persons with a need for mental health services.	SRO units have private bedrooms; living room, bath, and/or kitchen may be shared with other residents.

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 de Renta

El Departamento de Servicios de Vivienda del Condado Washington ofrece una asistencia de renta mediante una variedad de programas. **Por favor, lea las siguientes descripciones de programas y marque cada programa para el cual usted desea presentar una solicitud.** Por favor, considere que su nombre solamente se colocará en la lista de espera de los programas que tengan unidades con el número de recámaras apropiado para su hogar. Si usted marca un programa que no tiene unidades con el número de recámaras apropiado para su hogar, su nombre no se colocará en la lista de espera de ese programa.

Programa de Cupones Basado en Proyectos. Los residentes en este programa viven en apartamentos específicos y pagan renta según sus ingresos. Las listas de espera para los sitios siguientes actualmente se encuentran abiertas:

	Nombre y ubicación del proyecto	Tamaño de unidades disponibles	Colocación de preferencia en la lista de espera para...	Información adicional
☐	**Tom Brewer House** ***Beaverton***	Ocupación de habitación individual (SRO), estudio, apartamentos de 1 recámara	Las personas que no tienen un hogar y que necesitan servicios para abuso de sustancias/salud mental.	Viviendas libres de drogas. Las unidades SRO tienen habitaciones privadas; la sala, baño, y/o cocina podrían compartirse con otros residentes.
☐	**Pomeroy Place Apartments** ***Aloha***	Apartamentos de 2 y 3 recámaras	Los hogares con ingresos extremadamente bajos que tengan cuando menos un adulto que sea un veterano militar de los Estados Unidos.	
☐	**PLUSS Apartments** ***Tigard***	Ocupación de habitación individual (SRO)	Las personas que necesitan servicios de salud mental.	Las unidades SRO tienen habitaciones privadas; la sala, baño, y/o cocina podrían compartirse con otros residentes.

He leído la información anterior y he seleccionado los programas que me interesan. Entiendo que mi nombre solamente se colocará en las listas de espera para los programas que tengan unidades con el número de recámaras apropiado para mi hogar, tal y como se reportó en mi Solicitud para Asistencia de Renta.

Firma: _____ Fecha: _____

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING
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.

Applicant Name:	
Mailing Address:	
Telephone No:	**Cell Phone No:**
Name of Additional Contact Person or Organization:	
Address:	
Telephone No:	**Cell Phone No:**
E-Mail Address (if applicable):	
Relationship to Applicant:	

Reason for Contact: (Check all that apply)

- ☐ Emergency
- ☐ Unable to contact you
- ☐ Termination of rental assistance
- ☐ Eviction from unit
- ☐ Late payment of rent
- ☐ Assist with Recertification Process
- ☐ Change in lease terms
- ☐ Change in house rules
- ☐ Other: _____

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.

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.

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.

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

Signature of Applicant	**Date**

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.

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

N.º de control de OMB 2502-0581
Exp. (07/31/2012)

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL
Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	**N.º de teléfono celular:**
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	**N.º de teléfono celular:**
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	

Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)

- ☐ Emergencia
- ☐ No es posible comunicarse con usted
- ☐ Rescisión de la asistencia de alquiler
- ☐ Desalojo de la unidad
- ☐ Pago atrasado de la renta
- ☐ Ayuda con el proceso de recertificación
- ☐ Cambio en los términos del arrendamiento
- ☐ Cambio en las reglas de la casa
- ☐ Otro: _____

Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.

Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.

Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.

☐ Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.