



Any individual with a disability or other medical need who needs accommodation with respect to this correspondence 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 in your primary language to help you understand this notice at no cost to you.

To update your application for rental assistance:

- 1) Fill out the update form on the following pages. You may complete the form in writing, or with a typewriter. All adults age 18 or over must sign the update form. **Updates are not accepted online.**

- 2) The completed update may be turned in by:
 - **Mail:** Mail your update form 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:** **The Department of Housing Services does not accept updates online or by FAX.**

- 3) If you have questions, please call the applicant message line 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.

- 4) **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.**

- 5) **If you wish to apply for additional programs,** you must complete a full application. This form is used only to update changes in your contact information, household, income, or living situation.

Español en la página siguiente ➞





Toda persona con una discapacidad o condición médica que necesite de acomodaciones en relación con esta correspondencia debe informárselo al Departamento.

Por favor, informe al Departamento que usted necesita servicios de interpretación si no habla, lee o escribe el idioma inglés. Una interpretación puede proporcionarse en su idioma principal para ayudarle a entender este aviso sin costo alguno para usted.

Para actualizar su solicitud de asistencia para renta:

- 1) Complete el formulario de actualización en las páginas siguientes. Puede completar el formulario por escrito o con una máquina de escribir. Todos los adultos de 18 años y más deben firmar el formulario de actualización. **Las actualizaciones no se aceptan por Internet.**
- 2) El formulario de actualización completado debe entregarse por medio de:
 - **Correo postal:** Envíe por correo postal su formulario de actualización 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 postal de la oficina postal de los Estados Unidos para comprobar que su solicitud fue enviada.**
 - **En persona:** Venga a nuestra oficina ubicada en 111 NE Lincoln Street, Suite 200-L, en Hillsboro, Oregón. **Recomendamos que pida a la persona recepcionista una copia de la solicitud con un sello de fecha de recibo para comprobar que fue entregada.**
 - **Nota: El Departamento de Servicios de Vivienda no acepta actualizaciones por FAX o Internet.**
- 3) Si tiene preguntas, por favor llame a la línea para mensajes de solicitantes al (503) 846-3790. Debido al alto volumen de llamadas, la mayoría de las respuestas a la línea de mensajes serán por escrito. Asegúrese de dejar su dirección de correo postal cuando nos llame.
- 4) **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 en portal.wchousingauthority.org o mediante la cumplimentación del formulario de actualización de aplicaciones, que está disponible bajo "Reporting Changes" en nuestra página para solicitantes 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 solicitantes al (503) 846-3790. **Fracaso de reportar cambios puede quitar su aplicación de la lista de espera.**
- 5) **Si desea presentar una solicitud para otros programas**, puede llenar una solicitud completa. Este formulario se usa solamente para actualizar los cambios en su información de contacto, hogar, ingresos o situación de vivienda.

English on the other side ⇌



Application UPDATE

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

Name of Head of Household _____ Last 4 Digits of SSN: _____
 Mailing Address _____
 City _____ State _____ Zip _____
 Phone Number: _____ email _____

Do you need an interpreter? Yes No
 If yes, what language? _____

Please indicate what has changed:

<input type="checkbox"/> My mailing address has changed. The address at the top of this Application Update is my new mailing address.					
<input type="checkbox"/> I need to remove someone from my application:			Name: _____ Relation: _____		
<input type="checkbox"/> I need to add someone to my application:					
Legal Name (As shown on SS Card)	Relationship to the Head of the house	Date of Birth	Gender	Disability? (Yes/No)	Social Security Number
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

My homeless status has changed:

I was previously homeless, but I am **no longer homeless**.

I am **currently homeless** (living on the street or in a place not meant for habitation, residing in a shelter, living in transitional housing, or formerly homeless and renting a unit with short-term rental assistance).

I have been **continuously homeless for 12 months** or longer, or I have been **homeless 4 or more times in the past 3 years**.

I/we would benefit from any of the following service(s) (check all that apply):
 Mental Health Substance Abuse Veterans Services

Do you require a unit with accessibility features? (check all that apply):
 Hearing Accessible Mobility Accessible Sight Accessible

I am a **victim of domestic violence** (within the past 12 months, or there is an ongoing threat to my safety).

I now have a **fixed income that does not change over time** (from Social Security, VA benefits, or other disability or retirement pension).

My household now includes a **Veteran of the US Military**.

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.



Formulario de ACTUALIZACIÓN

Toda persona con una discapacidad o condición médica que necesite de acomodaciones en relación con esta correspondencia debe informárselo al Departamento.

Nombre del jefe de familia _____ Últimos 4 dígitos del NSS: _____
 Dirección de correo postal _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono: _____ Correo electrónico _____

¿Necesita un intérprete? Sí No
 Si lo necesita, ¿en qué idioma? _____

Por favor, indique cuál ha sido el cambio:

Mi dirección de correo postal ha cambiado. La dirección en la parte superior de este formulario de actualización es mi nueva dirección de correo postal.

Necesito remover a alguien de mi solicitud: Nombre: _____
 Relación: _____

Necesita agregar a alguien a mi solicitud:

Nombre legal (Como se muestra en la tarjeta de SS)	Relación con el jefe de familia	Fecha de nacimiento	Género	¿Discapacidad? (Sí/No)	Número de Seguro Social
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Mi situación como persona sin hogar (*homeless*) ha cambiado:

Estuve anteriormente sin hogar, pero **ya no estoy en una situación sin hogar.**

Actualmente me encuentro sin hogar (viviendo en la calle o un lugar inapropiado para habitar, quedándome en un refugio, viviendo en una vivienda de transición o estuve anteriormente sin hogar y rentando una vivienda con asistencia para renta de corto plazo).

He estado **continuamente sin hogar por 12 meses** o más, o he estado **sin hogar 4 o más veces en los últimos 3 años.**

Nos beneficiaríamos de los siguientes servicios (marque todos los que apliquen):
 Salud mental Abuso de sustancias Servicios para veteranos

Yo/nosotros necesitamos la (las) siguientes acomodaciones (marque todos los que apliquen):
 Accesibilidad auditiva Accesibilidad de movilidad
 Accesibilidad visual

Soy una **víctima de la violencia doméstica** (en los últimos 12 meses o hay una constante amenaza a mi seguridad).

Ahora tengo un **ingreso fijo que no cambia con el tiempo** (proveniente del Seguro Social, beneficios de veteranos u otra pensión de retiro o discapacidad).

Mi hogar ahora incluye a un **veterano del ejército de los Estados Unidos.**

Por este medio certifico que toda la información anterior es completa y verdadera. Entiendo que, al firmar este documento, autorizo al Departamento de Servicios de Vivienda del Condado Washington para revisar los antecedentes criminales de mi hogar y verificar toda la información reportada. Entiendo que debo informarle al Departamento de Servicios de Vivienda del Condado Washington 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. **Todos los adultos (18+ años) deben firmar abajo.**

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

¡ADVERTENCIA! El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que toda persona que deliberadamente haga una declaración falsa o engañosa ante cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos, es culpable de un delito grave.

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: (503) 846-4793 o 711
www.co.washington.or.us/housing



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

Formulario 2020.02.06_Actualización de solicitud