

HOUSING AUTHORITY OF THE COUNTY OF SANTA BARBARA - Autoridad de Vivienda de la provincial de Santa Barbara

815 W Ocean Ave – Lompoc – CA – 93436 – www.hasbarco.org

Phone Number/ Numero de Telefono: (805) 736-3423

Mailing Address/ Direccion de Correo: PO Box 397 – Lompoc – CA – 93438

Fax Number/ Numero de Fax: (805) 735-7672

**Section 8 LOCAL PREFERENCES
Pre-Application Form**

**Sección 8 PREFERENCIAS LOCALES
Pre-Solicitud Formulario**

(The Section 8 Housing Choice Voucher (HCV) rental assistance under the Local Preferences is only for applicants that qualify for one or more of the following preference(s): Involuntary Displacement, Tenant Based Rental Assistance, and Health and Safety.)

(La Sección 8 Cupones de Elección Para Conseguir Vivienda (HCV) asistencia de renta en virtud de las preferencias locales es sólo para los solicitantes que califican para una o más de las siguientes preferencias (s): Desplazamiento Involuntario, Basado en el Inquilino Asistencia de Renta, y Salud y Seguridad)

THIS IS NOT A STANDARD APPLICATION FOR THE SECTION 8 HCV WAITING LIST.

ESTO NO ES UNA SOLICITUD ESTANDÁR PARA LA LISTA DE ESPERA PARA SECCIÓN 8 (HCV).

PLEASE PRINT ON LETTER SIZE PAPER (8 ½ x 11)

Please ensure that you have completed the entire form and the information is correct

Asegurese de que haya completado el formulario entero frente y atrás y la información es correcta

HEAD OF HOUSEHOLD INFORMATION – Jefe de Hogar informacion

First Name: <i>Primer Nombre:</i>	MI: <i>Inicial:</i>	Last Name: <i>Apellido:</i>	Date of Birth: <i>Fecha de Nacimiento:</i>	SSN: <i>Numero Seguro Social:</i>
--	----------------------------	------------------------------------	---	--

Residence Address: <i>Direccion de Residencia:</i>	City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip: <i>Codigo Postal:</i>
---	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Mailing Address: <i>Direccion de Correo:</i>	City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip/ <i>Codigo Postal:</i>
---	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

E-Mail Address: <i>Correo Electronico:</i>	Telephone Number: <i>Numero de Telefono:</i>
---	---

For Statistical Purposes Only (Check one box in each category) – *Solo para fines estadísticos (Marque una caja en cada categoria)*

Race: <i>Raza</i>	<input type="checkbox"/> White/ <i>Blanco</i>	<input type="checkbox"/> Black /Negro <i>Afro Americano</i>	<input type="checkbox"/> American Indian / <i>Indio</i> <i>Americano Nativo</i>	<input type="checkbox"/> Alaska Native/ <i>Alaska</i>	<input type="checkbox"/> Asian/ <i>Asiatico</i>	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian / Other Pacific <i>Islander /Otra Isla del pacifico Hawaino</i> <i>Nativo</i>
--------------------------	--	--	--	---	--	--

Ethnicity: <i>Etnicidad</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/ <i>Hispano o Latino</i>	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino/ <i>No Hispano o Latino</i>	<input type="checkbox"/> No Hablo/Entiendo <i>Ingles</i>	Preferred Language: _____
------------------------------------	---	--	--	----------------------------------

CHECK ALL PREFERENCES BELOW THAT APPLY TO YOUR HOUSEHOLD/

Comprobar categoria apropiada

<input type="checkbox"/> County Resident / <i>Residente del Condado</i>	<input type="checkbox"/> Veteran/ <i>Veterano</i>	<input type="checkbox"/> Working Family / <i>Familia Trabajadora</i>	<input type="checkbox"/> Person Age 62+ or Disabled <i>Persona 62 anos o mas o con discapacidad</i>
---	---	--	---

<input type="checkbox"/> Involuntary Displacement/ <i>Desplazamiento involuntaria</i>	<input type="checkbox"/> Tenant Based Rental <i>Assistance/ Basado en el</i> <i>Inquilino Asistencia de Renta</i>	<input type="checkbox"/> Health and Safety/ <i>Salud y Seguridad</i>
---	--	---

Do You Or A Household Member Require An Accessible Unit Due To A Physical Impairment? (If Yes, check the correct box below)
Usted o un miembro de su familia necesita una unidad debido a una discapacidad (Si, marque la caja correspondiente)

<input type="checkbox"/> Mobility Accessible Unit/ <i>Unidad de acceso movilidad</i>	<input type="checkbox"/> Visual Accessible Unit/ <i>Unidad de acceso visual</i>	<input type="checkbox"/> Hearing Accessible Unit/ <i>Unidad de acceso audienia</i>
--	---	--

Are you a Full-Time Student? / Eres estudiante a tiempo completo? **Yes/ Si** **No/ No**

LIST ALL HOUSEHOLD MEMBERS WHO WILL BE LIVING WITH YOU (Attach additional listing, if needed)
Una lista de todos los miembros que vivirán con usted (Adjuntar lista adicional si es necesario)

First Name/ Nombre	MI/ Ini.	Last Name/ Apellido	Relationship/ Relacion	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Gender/ Genero (M/F)	Social Security No./ Numero de Seguro Social

PLEASE SEE REVERSE SIDE FOR INCOME SECTION
CONSULTE EL REVERSO PARA LA SECCIÓN DE INGRESOS

LIST GROSS MONTHLY INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS 18 YEARS OF AGE AND OLDER

Lista de los ingresos brutos mensuales de todos los miembros de hogar 18 años de edad o mas

Wages/ Salario:	Self-Employment/ Auto Empleo:	Unemployment: Desempleo:	Retirement: Jubilacion:	Veteran's Benefits: Beneficios de Veteranos:
Social Security: Seguro Social:	SSI/ SS/:	State Disability: Incapacidad del estado:	Worker's Comp.: Compensacion de trabajadores:	Foster Care: Cuidado tutelar:
CalWorks/TANF: ObrasCal/TANF:	Child Support: Manutencion de los Hijos:	Alimony: Pension alimentica:	General Assistance: Asistencia General:	Other: Otro:

List all Assets and their value
Enumerar todos los activos y su valor

I certify that all of the information given to the Housing Authority of the County of Santa Barbara, concerning household composition, residency status, income, family assets, and Preferences, is accurate and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that false statements and/or information are punishable under Federal and/or State law. I also understand that false statements or information are grounds for denial or termination of housing assistance and termination of tenancy.

Certifico que toda la informacion dada a la autoridad de vivienda del condado de Santa Barbara en relacion con la composicion del hogar, estado de residencia, ingresos, patrimonio familiar y las preferencias es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones y/o informaciones falsas son punibles bajo la ley federal y/o estatal. Tambien entiendo que las declaraciones o informacion falsas son motivo de rechazo o terminacion de asistencia de vivienda y la terminacion del arrendamiento.

Applicant Signature:

Firma del Solicitante:

Date:

Fecha:

This is an important document. If you require interpretation, please call the telephone number below or come to our offices.
 Este es un documento importante. Si necesita interpretación, por favor llame al número de teléfono que aparece abajo o visite nuestras oficinas.
 這是一份非常重要的文件。如果您需要翻譯服務，請撥下面的電話或前往我們的辦公室
 Isto é um documento importante. Se exige interpretação, por favor chama o número de telefone embaixo ou vem a nossos escritórios.
 Это важный документ. Если Вам требуется перевод, пожалуйста позвоните нам (телефонный номер ниже). Или придите в наш офис.
 Đây là một tài liệu quan trọng. Nếu quý vị cần phiên dịch, vui lòng hãy gọi cho số điện thoại bên dưới hoặc đến các văn phòng của chúng tôi.
នេះ គឺជាឯកសារសំខាន់មួយ។ ត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែសូមទូរស័ព្ទលេខទាបក្រោមនេះឬមកកាន់ ឬ អញ្ជើញមកកាន់ទីសេវាជំនួយដល់អ្នកដែលមានការងារ។
 Sa a se yon dokiman enpòtan. Si ou bezwen entèpretasyon, tanpri rele nimevo telefòn ki anba la a oswa vini nan biwo nou.
 Tani waa dhokomentii muhiim ah. Haddii aad rabto tarjumaad, fadlan wac lambarka hoos ku qoran ama imow xafiisyadayada.
 هذه وثيقة مهمة. وإذا كنت في حاجة إلى ترجمة فورية، يرجى الاتصال على رقم الهاتف المذكور أدناه أو أن تتصل بنا في مكتبنا.
 این یک سند بسیار مهم است. اگر به ترجمه آن نیاز دارید، لطفاً با شماره تلفن زیر تماس بگیرید یا به دفتر ما مراجعه کنید.
 Telephone No. : (805) 736-3423



If you are a victim or threatened victim of domestic violence, dating violence, or stalking, you have certain protections under the Violence Against Women Act (VAWA).

Si usted es la víctima o la víctima de amenaza de violencia doméstica, violencia en el noviazgo o acecho, usted tiene ciertas protecciones bajo la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA).