

Forma Información de Inquilino- CAMBIO INTERINO

NOMBRE DE CABEZA DE FAMILIA: _____

DÍA EFECTIVO DE CAMBIO: _____

NUMERO DE TELÉFONO: _____

CAMBIO REPORTADO	VERIFICACIONES REQUERIDAS
Proporcione información para todo que aplique	Proporcione uno de los siguiente
SALARIO Y/O HORAS:	Talón de cheque reciente o carta de empleo
<input type="checkbox"/> Incremento <input type="checkbox"/> Bajo	
TRABAJO:	Nombre y Domicilio de Empleo
<input type="checkbox"/> Comenzó <input type="checkbox"/> Termino <input type="checkbox"/> Cambio de Trabajo	
INCAPACIDAD DE ESTADO/DESEMPLEO: Verificación al corriente	
<input type="checkbox"/> Comenzó <input type="checkbox"/> Termino	
ASISTENCIA MONETARIA:	Pasaporte de Servicios al corriente
<input type="checkbox"/> Comenzó <input type="checkbox"/> Incremento <input type="checkbox"/> Termino <input type="checkbox"/> Bajo	
SEGURO SOCIAL/SSI:	Carta de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Comenzó <input type="checkbox"/> Incremento <input type="checkbox"/> Termino <input type="checkbox"/> Bajo	
MANTENIMIENTO DE HIJO/ESPOSA:	Copia de cheque; listado del DA; documentos de corte
<input type="checkbox"/> Comenzó <input type="checkbox"/> Incremento <input type="checkbox"/> Termino <input type="checkbox"/> Bajo	
OTROS INGRESOS: Liste el tipo	Proporcione verificación
QUITAR:	Proporcione nuevo domicilio:
<input type="checkbox"/> Miembro de familia Nombre: _____	
PETICIÓN PARA AGREGAR PERSONA:	Debe de comunicarse con nuestra oficina
<input type="checkbox"/> Miembro de familia Nombre: _____	Debe de proporcionar por escrito permiso del propietario
ESTATUS DE ESTUDIANTE: (para <u>adultos</u> miembros de familia)	Proporcione verificación
<input type="checkbox"/> Comenzó la escuela <input type="checkbox"/> Termino la escuela	Nombre de estudiante: _____
OTRO CAMBIO:	

Actividad Criminal:

En los últimos doce meses, usted o un miembro de familia ha participado en, ha sido detenido, citado, arrestado o condenado de una:

- Actividad violenta criminal** SÍ NO
- Ofensas sexuales** SÍ NO
- Actividad relacionada con drogas** SÍ NO

¿Usted o algún miembro de su familia es sujeto a una registraci3n de por vida para cualquier programa de agresor sexual?

- SÍ NO

Si contesto SÍ a cualquier de las preguntas anteriores proporcione la siguiente informaci3n:

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Fecha de la Ofensa:	
Lugar de la Ofensa:	
Cargos:	

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Fecha de la Ofensa:	
Lugar de la Ofensa:	
Cargos:	

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Fecha de la Ofensa:	
Lugar de la Ofensa:	
Cargos:	

Use una hoja de papel adicional si ocupa mas espacio

ADVERTENCIA: La secci3n 1001 del Titulo 18 del c3digo de los EUA requiere que se Considere una ofensa de orden penal el deliberadamente hacer declaraciones falsas 3 fraudulentas a cualquier Departamento 3 Agencia de estos EUA con respecto a cualquier materia dentro de su jurisdicci3n.

Bajo pena del perjurio, yo/nosotros certificamos que la informaci3n dado es verdadera y completa y autorizo que la Autoridad de Viviendas verifique toda la informaci3n en este formulario. Verificaci3n por computadora puedo ser utilizada.

Yo/Nosotros consentimos que cualquier agencia policiaca pueda dar archivos de convicciones criminales sobre cualquier miembro de familia a la Autoridad de Viviendas.

Firma de Cabeza de Familia: _____ Fecha: _____

Firma de Otro Adulto de Familia: _____ Fecha: _____