



ARAPAHOE COUNTY COLORADO  
 Community Resources Department  
 Housing & Community Development  
 1690 W. Littleton Blvd., Suite 300  
 Littleton, CO 80120

Intake Staff _____
Day _____
Time _____
1 <sup>st</sup> Apt. _____

Aplicación Para Asistencia

Nombre (legal) completo: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de seguro social: \_\_\_\_\_ número telefónico: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_ # apto: \_\_\_\_\_ residente del condado de Arapahoe: \_\_\_\_\_

Nombre de apto: \_\_\_\_\_ Nombre del arrendador o administrador: \_\_\_\_\_

Número telefónico del arrendador: \_\_\_\_\_ correo electrónico del arrendador \_\_\_\_\_

**Raza:** \_\_\_ Blanca  
 \_\_\_ Negra/Afroamericana  
 \_\_\_ asiática  
 \_\_\_ Nativa Hawaiana/Isleña del pacifico  
 \_\_\_ Indígena de las Américas/ Nativa de Alaska  
 \_\_\_ Otra

**Origen Hispano:** \_\_\_ Hispano o Latino  
 \_\_\_ No Hispano o Latino

# de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ Dueño/a de casa: \_\_\_\_\_ Renta: \_\_\_\_\_ Mascotas: \_\_\_\_\_

persona con discapacidad: si \_\_\_ no \_\_\_ fuma: \_\_\_ **aseguranza medica:** si \_\_\_ no \_\_\_ **veterano/a:** si \_\_\_ no \_\_\_

**núcleo familiar:** soltero/a \_\_\_ 2 adultos/no hijos \_\_\_ madre soltera \_\_\_ padre soltero \_\_\_

ambos padres e hijos/as \_\_\_ Otro \_\_\_

**nivel de educación:** 0-8 \_\_\_ 9-12/no-graduado \_\_\_ graduado/a de preparatoria/GED \_\_\_ 12+ estudios  
 preuniversitarios \_\_\_ 2-4 años de estudios universitarios/graduado/a \_\_\_

**asistencia que se está pidiendo:** renta \_\_\_ deposito \_\_\_ desalojo \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**cantidad que se pide:** \$ \_\_\_\_\_

**copia de identificación en el archivo:** si \_\_\_ no \_\_\_ **verificación de ingresos en el archivo:** si \_\_\_ no \_\_\_

**Copia del arrendamiento:** ¿si \_\_\_ no \_\_\_ **cupón de sección 8?** si \_\_\_ **cantidad** \_\_\_ no \_\_\_

**Breve explicación de las circunstancias y la razón por la cual se está solicitando asistencia:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**firma:** \_\_\_\_\_ **fecha** \_\_\_\_\_

firma del personal: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_



Arapahoe County Community Services Division  
ACHAP  
1690 West Littleton Blvd., Suite 300  
Littleton, CO 80120

## 2020 forma de ingresos

Complete la información a continuación y devuelva este formulario a ACHAP en el sobre proporcionado. Proporcione verificación de ingresos mediante copias de estados de cuenta bancarios o cartas de adjudicación anual del Seguro Social o pensiones. Gracias por su asistencia. Comuníquese con Cameron Shropshire o Linda Haley si tiene alguna pregunta.

nombre: \_\_\_\_\_ número telefónico: \_\_\_\_\_

dirección completa: \_\_\_\_\_

Nombres de los otros miembros de la familia: \_\_\_\_\_

### **Ingreso mensual (incluya ingresos de los miembros de la familia:**

empleo \_\_\_\_\_

beneficios de seguro social (antes de deducción de Medicare) \_\_\_\_\_

SSI/SSDI \_\_\_\_\_

Ingreso de intereses \_\_\_\_\_

pensión \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Ingreso mensual total: \_\_\_\_\_

### **bienes:**

balance de cuenta de ahorro: \_\_\_\_\_

bonos y acciones/fondos mutuos/: \_\_\_\_\_

cuentas del mercado monetario: \_\_\_\_\_

cuentas de retiro: \_\_\_\_\_

es dueño/a de casa? \_\_\_\_\_

yo certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.

firma: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_



## ARAPAHOE COUNTY HOUSING ASSISTANCE PROGRAM

### **Declaración de derechos y responsabilidades**

Entiendo que al firmar este documento reconozco que he recibido la siguiente información sobre mis derechos y responsabilidades.

#### **Derechos del cliente**

Soy residente del Condado de Arapahoe y entiendo que tengo derecho a solicitar asistencia del Programa de Asistencia de Vivienda del Condado de Arapahoe y a que se determine mi elegibilidad para dicha asistencia sin importar raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional, o creencia política.

La información que he proporcionado es confidencial. Con el fin de brindarme el mejor servicio posible, puede ser referida a otros programas u organizaciones que satisfagan mis necesidades específicas. La información también puede ser compartida con mis contactos de emergencia o personal médico en una situación de emergencia.

Solo soy elegible para recibir fondos de ACHAP una vez en cualquier período de doce (12) meses. La información de mi solicitud será verificada antes de que se administren los fondos. Entiendo que, si proporciono información falsa, puedo perder mi derecho a recibir servicios.

Reconozco que un representante del condado de Arapahoe realizará una entrevista de seguimiento después de treinta (30) y noventa (90) días de la admisión inicial del cliente.

Entiendo que puedo comunicarme con el Gerente de la División de Vivienda, Desarrollo Comunitario y Recursos para Personas Mayores con respecto a cualquier queja. Si una queja no puede resolverse mediante una llamada telefónica, el Gerente de División puede programar una reunión. Los resultados de esta reunión se proporcionarán por escrito. Si esto no resulta en una solución satisfactoria, el Director del Departamento de Recursos de la Comunidad puede ser contactado dentro de los 30 días.

---

firma del cliente

---

fecha

---

testigo

## Declaración jurada

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado que (marque uno):

\_\_\_\_\_ yo soy ciudadano/a americano/a o

\_\_\_\_\_ yo soy residente permanente de Los Estados Unidos o

\_\_\_\_\_ Estoy legalmente presente en los Estados Unidos de conformidad con la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por ley porque he solicitado un beneficio público. Entiendo que la ley estatal requiere que proporcione prueba de que estoy legalmente presente en los Estados Unidos antes de recibir este beneficio público. Además, reconozco que hacer declaraciones o representaciones falsas, ficticias o fraudulentas en esta declaración jurada es punible según las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado según el Estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá un delito penal por separado por cada vez que se reciba de manera fraudulenta un beneficio público.

\_\_\_\_\_ firma

\_\_\_\_\_ fecha

- Entregue uno de los siguientes documentos:
- Licencia de conducir del estado de Colorado o identificación
- Identificación militar de los Estados Unidos o tarjeta de identificación de dependiente
- Tarjeta de marino mercante de la guardia costera de los Estados Unidos
- Documento tribal nativo americano

Consulte el reverso de esta hoja para obtener instrucciones sobre cómo enviar la identificación requerida.

## Consentimiento de información compartida

Para brindarme el mejor servicio posible, por la presente, autorizo al Condado de Arapahoe a divulgar de buena fe la información que proporcioné en mi solicitud de asistencia para la vivienda a las organizaciones asociadas. Esta información solo se compartirá con organizaciones que proveen directamente asistencia a las necesidades de vivienda dentro de la comunidad, para coordinar mejor las soluciones de vivienda para mí. La información que he proporcionado se mantendrá confidencial dentro y del condado de Arapahoe o de las organizaciones asociadas y no será accesible al público.

---

Firma del cliente

---

fecha

---

Firma del testigo

---

fecha