



**CIUDAD DE OPA-LOCKA/OPA-LOCKA AGENCIA DE REURBANIZACIÓN  
COMUNITARIA  
PROGRAMA DE ASISTENCIA HIPOTECARIA  
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

- \_\_\_\_ Solicitud de admisión completa (firmada y fechada)
- \_\_\_\_ Formularios de verificación completados:
  - \_\_\_\_ Aviso de recopilación de números de Seguro Social
  - \_\_\_\_ Divulgación de Conflicto de Intereses
  - \_\_\_\_ Declaración jurada del solicitante desempleado (firmado y notariado, si corresponde)
  - \_\_\_\_ Verificación de empleo
  - \_\_\_\_ Verificación de activos en depósito
  - \_\_\_\_ Solicitud de verificación de hipoteca
- \_\_\_\_ Autorización para verificar información
- \_\_\_\_ Autorización para la divulgación de información
- \_\_\_\_ Autocertificación de ingresos (firmado y notariado, si corresponde)
- \_\_\_\_ Prueba de dificultades financieras debido a la situación laboral (carta de terminación del trabajo, carta de verificación de desempleo, carta de licencia o cualquier otra prueba que demuestre dificultades que ocurrieron en o después del 1 de octubre de 2021)
- \_\_\_\_ Prueba de empleo (cuatro (4) talones de pago más recientes si se pagan quincenalmente, ocho (8) talones de pago más recientes si se pagan semanalmente y seis (6) estados de cuenta bancarios más recientes)
- \_\_\_\_ Si trabaja por cuenta propia, estado de pérdidas y ganancias del año en curso, declaración jurada de pérdida o ingresos reducidos y seis (6) estados de cuenta bancarios más recientes
- \_\_\_\_ Prueba de ingresos actuales que no excedan el límite máximo de ingresos (ver página 2)
- \_\_\_\_ W-9 completado y firmado por el solicitante
- \_\_\_\_ Documento de propiedad de vivienda (warranty deed, homestead exemption, quit-c claim deed o tax records)
- \_\_\_\_ Estado de cuenta hipotecario actual o estado de cuenta de servicios de préstamo
- \_\_\_\_ El solicitante de prueba está al día con sus pagos hipotecarios o no está vencido por más de tres (3) meses, a menos que esté en un acuerdo de indulgencia
- \_\_\_\_ Identificación de los miembros del hogar:
  - \_\_\_\_ Licencia de conducir o pasaporte, tarjeta de identificación (ID), certificado de naturalización, tarjeta de residencia y Tarjeta de Seguro Social para todas las personas mayores de 18 años que residan actualmente en el hogar
  - \_\_\_\_ Certificado de nacimiento (con el nombre de los padres o solicitantes en la lista), pasaporte, certificado de naturalización
  - \_\_\_\_ Tarjeta de residencia, registros escolares, tarjeta de seguro social para cada residente menor de 18 años
- \_\_\_\_ Otra forma aceptable de identificación: registros escolares (con el nombre y la dirección de los padres), carta de tutela ordenada por el tribunal o carta de adopción. Estos también deben ir acompañados de la



CITY OF  
**OPA LOCKA**  
FLORIDA

Ciudad de Opa-locka  
780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
Teléfono (305) 953-2868  
OCRA@opalockafl.gov

Tarjeta de Seguro Social.

**NOTA:** LA APROBACIÓN NO SE DETERMINA HASTA QUE SE HAYAN OMITIDO TODOS LOS ELEMENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE. SI LOS DOCUMENTOS / INFORMACIÓN NO SE ENVÍAN CON LA SOLICITUD COMPLETA EN EL MOMENTO DE LA CITA PROGRAMADA, SU SOLICITUD NO SERÁ ACEPTADA.

## CIUDAD DE OPA-LOCKA/OPA-LOCKA AGENCIA DE REURBANIZACIÓN COMUNITARIA PROGRAMA DE ASISTENCIA HIPOTECARIA INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

**NOTA:** Antes de iniciar esta solicitud, confirme que su casa se encuentra **dentro de los límites de la ciudad del área de OCRA**. Los solicitantes pueden verificar la ubicación de la propiedad en el enlace del mapa del área de OCRA a continuación:

- Mapa del área de Opa-locka CRA: <https://www.opalockafl.gov/DocumentCenter/View/442>



### INSTRUCCIONES GENERALES

Lea las instrucciones para esta aplicación.

Por favor, escriba o utilice tinta AZUL o NEGRA. No utilice lápiz u otros colores de tinta. Por favor, escriba de forma legible. Todos los espacios en blanco deben completarse o tener N/A escrito.

El solicitante debe ser el propietario de la propiedad y la propiedad debe ser el propietario ocupado. La propiedad debe estar ubicada dentro de los límites de la ciudad.

Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar y fechar la solicitud.

Envíe la solicitud con toda la documentación requerida a: **City of Opa-locka, 780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054**

### LÍMITE MÁXIMO DE INGRESOS

Los hogares deben cumplir con el requisito de ingreso bruto anual, que no exceda el 120% de los límites de ingreso medio del área (AMI) establecidos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos para la jurisdicción de Opa-locka, Florida. Los límites aplicables de bajos ingresos para determinar la elegibilidad del programa son publicados por HUD en el Registro Federal y se actualizan anualmente. Se otorgará Priority a los ancianos, discapacitados y veteranos durante el período inicial de admisión de solicitudes.



### Límite de ingresos máximos: ajustado por el tamaño del hogar

Tamaño del hogar	Límite máximo de ingresos
1	\$ 75.960
2	\$ 86.880
3	\$ 97.680
4	\$ 108.480
5	\$ 117.240
6	\$ 125.880
7	\$ 134.520
8	\$ 143.280

*Límites de ingresos vigentes a partir del 4/1/2021 (sujeto a cambios)*

#### INSTRUCCIONES DETALLADAS

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:** Proporcione su nombre legal, una dirección donde reciba su correo, una dirección de correo electrónico (si corresponde), su fecha de nacimiento y su estado civil y otros campos.

**2. INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE/OTRO MIEMBRO DEL HOGAR:** Enumere a todos los demás miembros del hogar que residen en la unidad. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

**3. INFORMACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS:** Esta información se recopila para ayudarnos a localizarlo en caso de que se mude o viva temporalmente en otro lugar. Haga una lista de los contactos que lo están ayudando a través de este proceso, si corresponde.

**4. COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR:** A partir de hoy, enumere el Jefe de Hogar actual y todos los demás miembros del hogar. Indique la relación de cada miembro de la familia con el Jefe de Hogar, fecha de nacimiento y estado civil. Indique si alguno de los miembros enumerados está discapacitado y explique si hay alguna adición esperada al futuro hogar, por ejemplo, nacimiento de un niño, adopción, decisión de custodia legal que resulte en un miembro adicional del hogar.

**5. RAZA Y ETNIA PARA EL JEFE DE HOGAR:** Esta información se recopila solo con fines informativos.

**6. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD:** La información recopilada aquí es importante para determinar la elegibilidad en lo que se refiere a la asistencia de emergencia.

**7. OTRA ASISTENCIA RECIBIDA:** Proporcionar toda la información de cualquier otro tipo de asistencia relacionada con el desastre.

**8. INFORMACIÓN DE INGRESOS:** Proporcione información sobre todas las fuentes de ingresos del hogar. Los ingresos incluyen lo siguiente: sueldos, salarios y propinas, pensión alimenticia, manutención infantil, ingresos militares, ingresos a tiempo parcial, ingresos temporales, TANF, Seguro Social, otros beneficios y otros ingresos para todos los miembros del hogar. Los beneficios alimentarios NO se consideran ingresos.

**9. INFORMACIÓN DE ACTIVOS:** Proporcione la información solicitada sobre los activos para todos los miembros del hogar. A continuación se enumeran ejemplos de lo que constituyen activos:

- Cceniza guardada en ahorros, cuentas corrientes, cajas de seguridad, casas, etc.;
- Acciones, bonos, letras del tesoro, CD, fondos mutuos, cuentas del mercado monetario y otras cuentas de inversión ;
- Cuentas de jubilación individuales, 401(k), cuentas Keogh, anualidades y otras cuentas similares de ahorro para la jubilación;



Ciudad de Opa-señuelo  
780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

- Valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida disponibles para el titular antes de la muerte;
- Bienes personales que se mantienen con fines de inversión ;
- Equidad en bienes inmuebles;
- Fondos de jubilación y pensiones;
- Hipoteca o escrituras de fideicomiso en poder del solicitante.

Algunos elementos de propiedad personal **NO** se cuentan como activos a los efectos de determinar los ingresos anuales :

- Coche;
- Joyería; y/o
- Pólizas de seguro de vida a término

## **10. DECLARACIONES FALSAS**

El Capítulo 817 de los Estatutos de Florida establece que las declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones con respecto a los ingresos y activos o pasivos relacionados con la condición financiera son un delito menor de primer grado y se castigan con multas y encarcelamiento provistos bajo §775.082 o 775.083.

Por la presente se notifica al solicitante que intencionalmente o a sabiendas hacer una declaración escrita materialmente falsa o engañosa relacionada con el Programa podría resultar en la inelegibilidad para los beneficios, la acción para recuperar cualquier beneficio del Programa pagado a o en nombre del solicitante, y / o una remisión a la policía penal.

El solicitante declara que todas las declaraciones y representaciones hechas por el solicitante con respecto a los ingresos recibidos por el solicitante han sido y serán verdaderas y correctas.

## **11. DIVULGACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE REGISTROS PÚBLICOS**

La información proporcionada por el solicitante (s) puede estar sujeta al Capítulo 119, Estatutos de Florida, con respecto a los registros abiertos.

La información proporcionada por usted / su hogar que no está protegida por los Estatutos de Florida puede ser solicitada por cualquier persona para su revisión y / o uso. Esto es sin tener en cuenta si usted califica o no para la financiación bajo el (los) programa (s) para el que está solicitando. Habiendo sido advertido de este hecho antes de finalizar la solicitud de asistencia o proporcionar cualquier información, su firma a continuación indica que:

Yo/Nosotros aceptamos eximir de responsabilidad e indemnizar a la Ciudad, sus funcionarios, empleados, accionistas, agentes, sucesores y cesionarios de cualquier y toda responsabilidad y costo que pueda surgir debido al cumplimiento de las disposiciones del Capítulo 119, Estatutos de Florida.

Yo/Nosotros aceptamos que la Ciudad no tiene ningún deber u obligación de hacer valer ninguna defensa, excepción o exención para evitar que cualquier o toda la información dada a la Ciudad en relación con esta solicitud, u obtenida por ellos en relación con esta solicitud, sea divulgada de conformidad con una solicitud de ley de registros públicos.

Yo/Nosotros aceptamos que la Ciudad no tiene ninguna obligación o deber de proporcionarme / notificarnos que se ha realizado una solicitud de ley de registros públicos.

Yo/Nosotros acordamos eximir de responsabilidad a la Ciudad, sus funcionarios, empleados, accionistas, agentes, sucesores y cesionarios de cualquier y toda responsabilidad que pueda surgir debido a mi/nuestra solicitud de asistencia.

**12. EXENCIÓN DE ELEGIBILIDAD:** Se requiere que firme este formulario, que permite al Subdestinatario, Estado o Proveedor solicitar información de terceros si así lo desea, con respecto a su elegibilidad y participación en este programa. Este formulario permite verificar y documentar los ingresos, los activos, la manutención de los hijos, etc .



Ciudad de Opa-señuelo  
 780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
 Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

Fecha

de firma del solicitante

Fecha de

firma del cosolicitante

**PROGRAMA DE ASISTENCIA HIPOTECARIA  
 SOLICITUD DE ADMISIÓN**

Número de solicitud:	
Solicitud recibida por:	Fecha y hora de recepción de la solicitud:
¿Qué tipo de asistencia de vivienda está solicitando? HipotecaAlquiler	
Encierra en un círculo todo lo que corresponda	
Proporcione el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de préstamo de la compañía hipotecaria :	
<b>1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (CABEZA DE FAMILIA):</b>	
Nombre Completo:	
Dirección actual:	Apropiado #
Ciudad, Estado Zip:	
Teléfono diurno :	Teléfono móvil:
Dirección de correo electrónico :	Fecha de nacimiento:
Estado civil:	Edad:
¿Empleado?    Sí                  No	¿Trabaja por cuenta propia?                  No                  Sí
<b>2. INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE:</b>	
Nombre Completo:	
Teléfono diurno :	Teléfono móvil:
Dirección de correo electrónico:	Fecha de nacimiento:



CITY OF  
**OPA LOCKA**  
FLORIDA

Ciudad de Opa-señuelo  
780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

<b>Estado civil:</b>	<b>Edad:</b>
<b>¿Empleado?</b> <b>Sí</b> <b>No</b>	<b>¿Trabaja por cuenta propia?</b> <b>Sí</b> <b>No</b>



**2. COMPOSICIÓN DEL HOGAR, CARACTERÍSTICAS Y ESTADO FAMILIAR:** - A partir de hoy, todos los demás miembros del hogar. Indique la relación de cada miembro de la familia con el Jefe de Hogar (cónyuge, hermano, etc.). Además, indique si hay miembros adicionales en el futuro cercano al hogar.

Nombre del miembro del hogar	Relación con el Jefe de HH	Edad	Fecha de nacimiento	Estado civil	¿Está discapacitado el miembro del hogar en la lista? S/N	Empleado
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo

**3. RAZA Y ETNIA PARA EL JEFE DE FAMILIA (Marque uno):** -Esta información se está recopilando para informar solo propósitos .

**RAZA (Marque todas las que correspondan):**

<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Otros multirraciales

**4. ETNICIDAD (Marque uno):**

Hispano o Latino - Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de su raza. El término "origen español" se puede usar además de "hispano o latino".

No hispano o latino - Una persona que no es de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

**5. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD:** - Si la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es NO, usted no es elegible para asistencia:





Ciudad de Opa-señuelo  
780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

¿Cuál era el ingreso bruto anual de esta persona antes o el 1 de octubre de 2021 lo que ocurra más tarde?
Empleador actual:
¿Cuál era el ingreso bruto anual proyectado de este hogar después de verse afectado por la situación del empleo?
¿La persona recibe prestaciones por desempleo? Sí o No
En caso afirmativo, ¿cuánto están recibiendo mensualmente \$
Proporcione información adicional sobre las dificultades:



6. INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD		
¿Alquila o posee una casa móvil o prefabricada anterior a 1994 ?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Está vencido o atrasado en su hipoteca?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuál es su pago hipotecario mensual ?		
¿Cuáles son las sanciones debidas, si las hay?		
¿Cuántos pagos de hipoteca están vencidos?		Monto adeudado
¿Cuántos meses de tarifas de la Asociación de Propietarios están vencidos?	N/A	Monto adeudado
<i>La siguiente pregunta requerirá una revisión especial para determinar la elegibilidad:</i>		
¿Solicitó asistencia COVID-19 a algún otro programa u organización?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Listado de agencias que prestan servicios		
¿Ha recibido alguna asistencia relacionada con COVID ?		<input type="checkbox"/> Sí No
¿Cantidad aprobada?	Cantidad recibida hasta la fecha:	



**7. INFORMACIÓN DE INGRESOS:** Los ingresos incluyen: sueldos, salarios y propinas, pensión alimenticia, manutención infantil, ingresos militares, ingresos a tiempo parcial, ingresos temporales, TANF, Seguro Social, beneficios de desempleo, otros beneficios para todos los miembros del hogar. Haga una lista de TODOS los miembros del hogar y sus ingresos. Adjunte una hoja separada si necesita más espacio.

**LOS CUPONES DE ALIMENTOS NO SE CONSIDERAN INGRESOS: no incluya cupones de alimentos.**

Nombre del miembro del hogar	¿Estudia de tiempo completo ? S/N	Fuente de ingresos (incluya el nombre del empleador) si corresponde	Tasa de pago	Base de pago (por hora, semanal, mensual, etc.)



**8. INFORMACIÓN DE ACTIVOS:** Proporcione la información solicitada sobre cualquier propiedad que pueda poseer o activos que pueda tener.

¿Posee algún otro bien inmueble?	<input type="checkbox"/>	Sí No	N/A
----------------------------------	--------------------------	-------	-----

En caso afirmativo, proporcione la dirección, la ciudad y el estado de la propiedad:

¿Cuál es el valor nominal de la propiedad?	<input type="checkbox"/>	Sí No
--	--------------------------	-------

En caso afirmativo, ¿cuál es el saldo actual adeudado en la hipoteca?

¿Tiene ingresos de la propiedad? ( ingresos por alquiler)	<input type="checkbox"/>	Sí No
---	--------------------------	-------

Si respondió que sí, proporcione la cantidad de ingresos anuales	\$
--	----

¿Su residencia principal está actualmente en ejecución hipotecaria?	<input type="checkbox"/>	Sí No
---	--------------------------	-------

Enumere a continuación los tipos y fuentes de cualquier activo del hogar. Proporcione tanto el valor en efectivo actual como el ingreso anual estimado del activo. (Una lista de ejemplos se encuentra en la sección de instrucciones.) Proporcione esta información a todos los miembros del hogar.

Nombre del miembro del hogar	Tipo y fuente del activo	Valor en efectivo del activo	Ingresos anuales de activos

**9. LIBERACIÓN DE ELEGIBILIDAD:** Se requiere que firme este formulario, que permite a la Ciudad solicitar información de terceros sobre su elegibilidad y participación en este programa.

Información cubierta: Se pueden realizar consultas sobre los elementos rubricados a continuación por el solicitante.

Instrucciones para el solicitante: Su firma en esta Liberación de elegibilidad, y las firmas de cada miembro de su hogar que tenga 18 años de edad o más, autoriza a la Ciudad o a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a obtener información de un tercero con respecto a su elegibilidad y participación continua en el Programa CRF para asistencia por desastre. Cada miembro adulto del hogar debe firmar esta Liberación de elegibilidad.

La información proporcionada por el solicitante (s) puede estar sujeta al Capítulo 119, Estatutos de Florida, con respecto a los registros abiertos.

**10. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:** Certificar que toda la información en la solicitud es verdadera, lo mejor de su conocimiento. Al firmar esta solicitud para verificar la información contenida, el solicitante autoriza a la Ciudad o a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a verificar la información aquí enumerada.



Yo/Nosotros entendemos que la información proporcionada anteriormente se recopila para determinar si yo/nosotros somos elegibles para recibir asistencia bajo el programa CRF.

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta.

Yo/Nosotros entendemos que proporcionar declaraciones o información falsa con el propósito de obtener asistencia es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda y es punible bajo el Capítulo 817 de los Estatutos de Florida como un delito menor de primer grado.

Yo/Nosotros autorizamos a la Ciudad mencionada anteriormente y a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud.

Yo/Nosotros entendemos que probablemente se requerirá información adicional para seguir adelante con este programa.

**Autorización del solicitante :**

Autorizo a la Agencia de Redesarrollo Comunitario de la Ciudad de Opa-locka/Opa-locka a obtener información sobre mí y mi hogar que sea pertinente para determinar mi elegibilidad para participar en el Programa. Reconozco que:

- (1) Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original; Y
- (2) Tengo derecho a revisar la información recibida utilizando este formulario; Y
- (3) Tengo derecho a una copia de la información proporcionada a la Ciudad y a solicitar la corrección de cualquier información que considere inexacta; Y
- (4) Todos los miembros adultos del hogar firmarán este formulario y cooperarán con la Ciudad en el proceso de verificación de elegibilidad .
- (5) Si el solicitante falsificó información para obtener asistencia, todos los fondos pagados en nombre del solicitante deben reembolsarse al programa.

<b>Firma del solicitante:</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del cosolicitante:</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del cosolicitante:</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del cosolicitante:</b>	<b>Fecha</b>

**Advertencia: El Capítulo 817 de los Estatutos de Florida establece que las declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones con respecto a los ingresos y activos o pasivos relacionados con la condición financiera son un delito menor de primer grado y se castigan con multas y encarcelamiento provistos bajo §775.082 o 775.083.**



La información que se solicita es únicamente para fines de seguimiento y auditoría y no está destinada a la difusión pública. Sírvase proporcionar la información que se solicita a continuación. Gracias por su ayuda.

**Datos de participación – Año fiscal 2021 – 2022**

1. Jefe de familia: ¿Es usted el jefe del hogar? Sí No

2. Tamaño del hogar e ingreso total anual del hogar :

A. Tamaño del hogar: encierre en un círculo el número total de personas en su hogar (en la primera columna, marque con un círculo uno)

B. Ingreso total del hogar: En la línea correspondiente al tamaño de su hogar, marque la casilla que corresponde al ingreso anual total de su hogar (marque solo una casilla)

	<b>80%</b>	<b>120%</b>	<b>140%</b>
1	<input type="checkbox"/> \$50,640 o menos (ELI)	<input type="checkbox"/> \$75,960 o menos (VLI)	<input type="checkbox"/> \$88,620 o menos (LI)
2	<input type="checkbox"/> \$57,920 o menos	<input type="checkbox"/> \$86,880 o menos	<input type="checkbox"/> \$101,360 o menos
3	<input type="checkbox"/> \$65,120 o menos	<input type="checkbox"/> \$97,680 o menos	<input type="checkbox"/> \$113,960 o menos
4	<input type="checkbox"/> \$72,320 o menos	<input type="checkbox"/> \$108,480 o menos	<input type="checkbox"/> \$126,560 o menos
5	<input type="checkbox"/> \$78,160 o menos	<input type="checkbox"/> \$117,240 o menos	<input type="checkbox"/> \$136,780 o menos
6	<input type="checkbox"/> \$83,920 o menos	<input type="checkbox"/> \$125,880 o menos	<input type="checkbox"/> \$146,860 o menos
7	<input type="checkbox"/> \$89,680 o menos	<input type="checkbox"/> \$134,520 o menos	<input type="checkbox"/> \$156,940 o menos
8 o más	<input type="checkbox"/> \$95,520 o menos	<input type="checkbox"/> \$143,280 o menos	<input type="checkbox"/> \$167,160 o menos

Verifique aquí si sus ingresos no entran en ninguno de los rangos de ingresos correspondientes al tamaño de su hogar.

3. ¿Recibe ingresos de alguna de las siguientes fuentes?

- Desempleo                       Asistencia General/Bienestar                       Seguro Social  
 Cupones de alimentos                       Medicaid                      Otros: \_\_\_\_\_

4. Carrera (Marque solo una):

- Indio americano/nativo de Alaska    asiático                      blanco                      nativo de Hawai/isla del Pacífico  
 Asiático y blanco Negro/                      afroamericano    Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Negro/afroamericano y blanco                      indio americano/nativo de Alaska y negro/afroamericano  
 Otros Multirraciales (especificar) \_\_\_\_\_  
 Etnia hispana (también debe marcar una de las categorías raciales si selecciona esta categoría)

5. Sexo/Edad

- Hombre                      Mujer                      62 años o más (Verifique si tiene 62 años o más)



**AVISO DE RECOPIACIÓN DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL  
PARA FINES GUBERNAMENTALES**

Ciudad de Opa-locka / Opa-locka CRA recopila sus números de seguro social bajo el programa **CDBG, SHIP** y **HOME** para una serie de propósitos diferentes. La Ley de Registros Públicos de Florida (específicamente, la sección 119. 071 (5), Estatutos de Florida (2007), requiere que la Ciudad de Opa-locka / Opa-locka CRA le dé esta declaración escrita explicando el propósito y la autoridad para cobrar su número de seguro social.

<b>Forma</b>	<b>Propósito</b>	<b>Autorización</b>
Solicitud de asistencia de vivienda	BARCO, CDBG, INICIO Programas	Capítulo 420, artículo 420. 9071, Estatutos de Florida; Capítulo 67-37. 007, Código Florida Administrative  Manual del programa SHIP (rev.7/2015)
Verificación de las prestaciones por desempleo	BARCO, CDBG, INICIO Programas	Capítulo 420, artículo 420. 9071, Estatutos de Florida; Capítulo 67-37. 007, Código Florida Administrative  Manual del programa SHIP (rev.7/2015)
Verificación de los beneficios del Seguro Social	BARCO, CDBG, INICIO Programas	Capítulo 420, artículo 420. 9071, Estatutos de Florida; Capítulo 67-37. 007, Código Florida Administrative  Manual del programa SHIP (rev.7/2015)
Verificación del empleo	BARCO, CDBG, INICIO Programas	Capítulo 420, artículo 420. 9071, Estatutos de Florida; Capítulo 67-37. 007, Código Florida Administrative  Manual del programa SHIP (rev.7/2015)
Verificación de la manutención de los hijos	BARCO, CDBG, INICIO Programas	Capítulo 420, artículo 420. 9071, Estatutos de Florida; Capítulo 67-37. 007, Código Florida Administrative  Manual del programa SHIP (rev.7/2015)
Verificación de activos	BARCO, CDBG, INICIO Programas	Capítulo 420, artículo 420. 9071, Estatutos de Florida; Capítulo 67-37. 007, Código Florida Administrative  Manual del programa SHIP (rev.7/2015)

\_\_\_\_\_  
**Firma**



Ciudad de Opa-señuelo  
780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

Nombre de impresión

Fecha

### DIVULGACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

*Como posible solicitante del Programa de Asistencia Hipotecaria CRA de la Ciudad de Opa-locka/Opa-locka, Entiendo que debo revelar mi relación con otras personas con las que pueda estar asociado. en la ciudad de Opa-locka/Opa-locka CRA. Por lo tanto, doy fe de lo siguiente: Inicial su respuesta*

\_\_\_\_\_ **No soy** un funcionario actual de Opa-locka CRA / Ciudad de Opa-locka, empleado, miembro de la junta, Comisionado, agente y / u otro representante de la OCRA / Ciudad.

\_\_\_\_\_ **Soy** un funcionario actual de Opa-locka CRA / Ciudad de Opa-locka, empleado, miembro de la junta, Comisionado, agente y / u otro representante de OCRA / Ciudad.

Cargo/Título \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Soy** un ex funcionario de Opa-locka CRA / Ciudad de Opa-locka, empleado, miembro de la junta, comisionado, agente y / u otro representante de la OCRA / Ciudad.

Posición/Título Fecha Empleo/Término Finalizado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Que yo sepa, **no tengo** conocimiento de ningún funcionario, empleado, miembro de la junta, comisionado, agente u otro representante de la OCRA/Ciudad de Opa-locka que esté relacionado conmigo o con quien sea socio comercial.

\_\_\_\_\_ **Estoy** relacionado o tengo una relación comercial con un funcionario, empleado, miembro de la junta, comisionado, agente y / u otro representante actual de Opa-locka CRA / Ciudad de Opa-locka.

Su nombre es Esta persona está asociada con la \_\_\_\_\_

OCRA / Ciudad en calidad de: \_\_\_\_\_

**La relación de la persona es la siguiente:**

**Padre Cónyuge Familia inmediata Socio de negocios otro** \_\_\_\_\_

**Nombre del solicitante (Imprimir)Fecha de firma**

**del solicitante**

**Dirección postal del solicitante**

**SANCIÓN POR DECLARACIÓN FALSA O FRAUDULENTO, U.S.C. Título 18, Sección 1001, establece:**  
"Quienquiera que de cualquier manera dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos a sabiendas y deliberadamente falsifique, o haga cualquier declaración falsa ficticia o fraudulenta de representaciones, o haga o use cualquier escrito o documento falso sabiendo que contiene cualquier declaración o entrada falsa, ficticia o fraudulenta, será multado con no más de \$ 10,000 o encarcelado no más de 8 años o ambos.

"**ADVERTENCIA:** La Estatua 817 de Florida establece que las declaraciones falsas intencionales o la tergiversación con respecto a los ingresos y activos o pasivos relacionados con la condición financiera son un delito menor de primer grado y se castigan con multas y encarcelamiento provistos bajo el Estatuto de Florida 775.082 o





775.083.

**DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE DESEMPLEADO**

Yo, \_\_\_\_\_

1. He hecho una solicitud de asistencia del Programa de Asistencia Hipotecaria CRA de la Ciudad de Opa-locka / Opa-locka
2. Marque (a) o (b) según corresponda:
  - a. \_\_\_\_\_ NO ESTOY actualmente empleado, PERO ANTICIPO tener un empleo dentro de los próximos tres meses
  - b. \_\_\_\_\_ NO estoy actualmente empleado y NO anticipo tener un empleo dentro de los próximos tres meses
  - c. \_\_\_\_\_ ESTOY DE ACUERDO EN QUE INFORMARÉ CUALQUIER CAMBIO CON RESPECTO A MIS INGRESOS A LA AGENCIA DE REURBANIZACIÓN COMUNITARIA DE LA CIUDAD DE OPA-LOCKA / OPA-LOCKA
  - d. \_\_\_\_\_ ACEPTO PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN SOBRE MI EMPLEO Y/O FUENTE DE INGRESOS EN EL MOMENTO DE LA RECERTIFICACIÓN CADA TRES MESES
3. Con base en mi experiencia laboral pasada, habilidades e historial de ingresos como se refleja en mi declaración de impuestos sobre la renta para el año fiscal más reciente (ver copia adjunta) y con ajustes para reflejar las circunstancias anticipadas dentro de los próximos doce meses, espero ganar \$ \_\_\_\_\_
4. Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo anterior como una declaración de ffidavit y los hechos declarados en ella son ciertos.

\_\_\_\_\_

**Firma declarante**

**ESTADO DE FLORIDA**

**CONDADO DE MIAMI-DADE**

El instrumento precedente fue reconocido ante mí como el \_\_\_\_\_ Día de \_\_\_\_\_ siguiente:

20\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ que conozco personalmente, o que tiene



produjo lo siguiente: \_\_\_\_\_

como identificación y que no prestó juramento.

Firma del Notario Público

**(SELLO NOTARIAL / SELLO)**

**VERIFICACIÓN DEL EMPLEO**

PARA: ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

Dirección: Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE)

Nombre del solicitante:

**AUTORIZACIÓN:** Las regulaciones estatales y federales requieren que verifiquemos los ingresos laborales de todos los miembros del hogar que solicitan asistencia. Le pedimos su cooperación para proporcionar esta información. Esta información se utilizará únicamente para determinar el estado de elegibilidad del hogar.

Se agradecerá su pronta devolución de la información solicitada. Se adjunta un sobre de devolución con su dirección.

Volver a:

Ciudad de Opa-locka  
780 Fisherman Street  
Opa-locka, FL 33054  
Correo electrónico: [OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

Empleado desde la ocupación Salario – Tasa de pago base: \_\_\_\_\_  
Hr; Wk; o Mo \_\_\_\_\_

Promedio de horas / semana a la tasa de pago base: Horas  
Semanas o meses trabajados por año. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tarifa de pago de horas extras: por hora. \_\_\_\_\_

Número promedio esperado de horas extras trabajadas por semana durante los próximos 12 meses \_\_\_\_\_

Cualquier otra compensación no incluida anteriormente (especifique comisiones, bonificaciones, propinas, etc.):

POR \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Per ¿Se recibe el pago por vacaciones? No. de días/año. Ganancias totales del pago base de los últimos 12 meses \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ganancias totales de horas extras para los últimos 12 meses \$

Probabilidad y fecha esperada de cualquier aumento salarial:

¿El empleado tiene acceso a la cuenta de jubilación? [S] \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ [N]

En caso afirmativo, ¿a qué cantidad pueden acceder: \$ \_\_\_\_\_

**LIBERACIÓN:** Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada.

( Firma del solicitante)

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

o  
Se adjunta una copia del "Formulario de Divulgación de Información" ejecutado que autoriza la divulgación de la información solicitada.

**ADVERTENCIA:** El Estatuto 817 de Florida establece que las declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones con respecto a los ingresos y activos o las responsabilidades relacionadas con la condición financiera son un delito menor de primer grado y se castigan con multas y encarcelamiento previstas en S 775.082 o 775.83.

### VERIFICACIÓN DE ACTIVOS EN DEPÓSITO

A: ATTN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:** Las regulaciones estatales y federales nos exigen verificar los ingresos de activos de todos los miembros del hogar que solicitan asistencia. Le pedimos su cooperación para proporcionar esta información. Esta información se utilizará únicamente para determinar el estado de elegibilidad del hogar. Se agradecerá su pronta devolución de la información solicitada. Se adjunta un sobre de devolución con su dirección.

VOLVER A:

Ciudad de Opa-locka  
780 Fisherman Street  
Opa-lock, FL 33054  
Correo electrónico: [OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

**LIBERACIÓN:** POR LA PRESENTE AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA.

\_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante)

\_\_\_\_\_  
Fecha

o: Se adjunta una copia del "Formulario de divulgación de información" ejecutado que autoriza la divulgación de la información solicitada.

Cuenta de cheques #	Saldo mensual promedio para los últimos 6 meses.	Tasa de interés actual	
Cuenta de Ahorros #	Saldo actual	Tasa de interés actual	
Certificado de Cuenta de Depósito #	Importe	Penalización por retiro	Tasa de interés actual

IRA, Keogh, Cuentas de



jubilación			
Número de cuenta	Importe	Penalización por retiro	Tasa de interés actual
Fondos del mercado monetario	Cantidad (Promedio 6 Mo. Bal.)	Tasa de interés	

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión

Título: Teléfono: Fecha: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA:** El Estatuto 817 de Florida establece que las declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones con respecto a los ingresos y activos o pasivos relacionados con la condición financiera son un delito menor de primer grado y se castigan con multas y encarcelamiento provistos bajo S 775.082 o 775.83.



**SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE  
HIPOTECA**

Para: (Institución Financiera) ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

Dirección: Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

**LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

LIBERACIÓN: YO/NOSOTROS POR LA PRESENTE  
AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN  
SOLICITADA A LA CIUDAD DE NORTH MIAMI:

Nombre y dirección del solicitante(s):

AUTORIZACIÓN: Las regulaciones estatales y federales  
requieren que verifiquemos los ingresos laborales de todos los  
miembros del hogar que solicitan asistencia. Le pedimos su  
cooperación para proporcionar esta información. Esta  
información se utilizará únicamente para determinar el estado de  
elegibilidad del hogar. Se agradecerá su pronta devolución de la  
información solicitada.

Volver a:

Ciudad de Opa-locka  
780 Fisherman Street  
Opa-lock, FL 33054  
Correo electrónico: [OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

**VERIFICACIÓN DE DATOS HIPOTECARIOS**

Número de préstamo: \_\_\_\_\_

Saldo actual: \_\_\_\_\_

Monto del pago mensual: Impuestos a la propiedad pagados, si\_ correspond

Seguro sobre bienes pagados, en su caso: \_\_\_\_\_

¿Atrasado en el pago?      SÍ / NO

TIEMPOS DE MOROSIDAD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES: \_\_\_\_\_

Fecha Último Pago Recibido: Cualquier Acción de Ejecución

Hipotecaria contra este préstamo: SÍ / NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, Fecha de la última litispendencia: \_\_\_\_\_

LIBERACIÓN: Por la presente autorizo la divulgación de la  
información solicitada.

( Firma del solicitante)

Fecha: \_\_\_\_\_ o

Una copia del "Formulario de divulgación de información"  
ejecutado es  
adjunto que autoriza la divulgación de la información solicitada.

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fi

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: Teléfono: \_\_\_\_\_



### **AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN**

Esta es una autorización para que la Ciudad de Opa-locka verifique información anterior o actual sobre mí / nosotros. El abajo firmante reconoce específicamente que (1) la verificación o reverificación de cualquier información contenida en esta solicitud puede ser realizada por la Ciudad de Opa-locka de cualquier fuente nombrada en esta solicitud, así como bancos, cooperativas de crédito, una agencia de informes de crédito y otras fuentes no identificadas específicamente aquí; (2) la Ciudad de Opa-locka puede hacer copias de esta solicitud para su distribución a cualquier parte con la que (nosotros) tengamos una relación financiera o crediticia y que cualquier parte pueda tratar dicha copia, incluida una copia enviada por fax, como un original; (3) La propiedad será ocupada como residencia principal del solicitante.

#### **Acuerdo**

El abajo firmante entiende que la intención de esta solicitud es solo con el propósito de precalificar y no garantiza la aceptación o aprobación, y no se asume ningún compromiso por parte del solicitante ni de la Ciudad de Opa-locka. Además, entendemos que toda la información y los documentos proporcionados, y en asociación con esta solicitud, son registros públicos y, como tales, están sujetos a las leyes de registros públicos del Estado de Florida.

Yo/Nosotros certificamos que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a partir de la fecha establecida frente a mi/nuestra(s) firma(s) en esta solicitud. Cualquier propiedad asistida bajo este programa no se utilizará para fines ilegales o restringidos, y se utilizará únicamente como mi / nuestra residencia principal.

Cualquier declaración intencionalmente falsa o fraudulenta o documento de respaldo constituirá la cancelación de esta solicitud y responsabilidad en cualquier acción legal presentada contra mí / nosotros por la ciudad. La Ciudad de Opa-locka / Opa-locka CRA está autorizada para verificar cualquier información anterior e inspeccionar la propiedad antes de la aprobación o más tarde. Yo/nosotros aceptamos no tener ningún reclamo por difamación, violación de la privacidad u otros reclamos contra cualquier persona, firma o corporación en razón de cualquier declaración o información emitida por ellos a la Ciudad de Opa-locka.

#### **Penalización por declaración falsa o fraudulenta**

La ley federal, U.S.C. Título 18, Sec. 1001, establece: Quienquiera que, en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos, a sabiendas y deliberadamente, falsifique o haga declaraciones o entradas falsas, ficticias o fraudulentas, será multado con no más de \$ 10,000 o encarcelado por no más de cinco años, o ambos.

#### **Aviso de la Ley de Privacidad**

Esta información debe ser utilizada por la agencia que la recopila, o sus cesionarios, para determinar si usted califica como un posible cliente de subvención o préstamo bajo su Programa. No se divulgará fuera de la agencia, excepto según lo exija y permita la ley. El hecho de no proporcionar esta información puede retrasar o resultar en el rechazo de su solicitud. Toda la información que proporcione está sujeta a las leyes de registros públicos de Florida.

---

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Fecha

---

Nombre del cosolicitante

Firma del cosolicitante

Fecha



Ciudad de Opa-señuelo  
 780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
 Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo, el abajo firmante, autorizo a divulgar sin responsabilidad, información sobre mi empleo, ingresos y / o activos a , con el fin de verificar la información proporcionada como parte de la determinación de la elegibilidad para la asistencia bajo el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ programa. Entiendo que solo se puede solicitar la información necesaria para determinar la elegibilidad.

Tipos de información a verificar:

Entiendo que se puede requerir información previa o actual sobre mí. Las verificaciones que se pueden solicitar son, pero no se limitan a: historial de empleo, horas trabajadas, frecuencia de salario y pago, comisiones, aumentos, bonificaciones y propinas; efectivo mantenido en cuentas corrientes/de ahorro, acciones, bonos, certificados de depósitos, cuentas individuales de jubilación, intereses, dividendos; pagos del Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad o muerte, desempleo, discapacidad o compensación laboral, asistencia social, ingresos netos de la operación de un negocio y pagos de pensión alimenticia o manutención infantil.

Las organizaciones/individuos a los que se les puede pedir que proporcionen verificaciones escritas/orales son, pero no limitadas a:

- Empleadores pasados/presentes Proveedores de pensión alimenticia/manutención infantil Bancos,
- instituciones financieras o de jubilación Administración del Seguro Social Agencia Estatal de
- Desempleo Administración de Veteranos
- Agencia \_\_\_\_\_ de Bienestar Otros: \_\_\_\_\_

**Aceptación de las condiciones:**

Acepto que una fotocopia de esta autorización pueda ser utilizada para los fines indicados anteriormente. Entiendo que tengo derecho a revisar este archivo y corregir cualquier información que se encuentre incorrecta.

---

Firma \_\_\_\_\_ del solicitante Nombre impreso Fecha \_\_\_\_\_

---

Firma del cosolicitante \_\_\_\_\_ Nombre impreso Fecha \_\_\_\_\_

**Nota:** Este consentimiento general no se puede utilizar para solicitar una copia de una declaración de impuestos. Si es necesario, comuníquese con su oficina local del IRS para obtener el Formulario 4506, "Solicitud de copia de la declaración de impuestos" y prepare y firme por separado.



Ciudad de Opa-señuelo  
 780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
 Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

**AUTOCERTIFICACIÓN DE INGRESOS**  
 A completar por cada miembro adulto del hogar

Miembro del hogar Gobierno local \_\_\_\_\_

DirecciónTeléfono#Correo electrónico\_\_\_\_\_

1.  Por la presente certifico que he sido afectado negativamente por estar subempleado o desempleado .
2. Recibiré ingresos de las siguientes fuentes durante los próximos 12 meses: (Círculo Y (sí) o N (no) para cada declaración):
  - Y N Salarios del empleo (incluyendo comisiones, propinas, bonificaciones, honorarios, etc.); \$\_\_\_\_\_
  - Y N Ingresos netos de la operación de un negocio; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Ingresos por alquiler de bienes muebles o inmuebles; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Intereses o dividendos de activos; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Pagos del Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones o beneficios por fallecimiento; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Desempleo; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Pagos por discapacidad; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Pagos de asistencia pública; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Subsidios periódicos como pensión alimenticia, manutención de los hijos o regalos recibidos de personas que no viven en mi hogar; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Ventas de recursos para trabajadores autónomos; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Cualquier otra fuente no mencionada anteriormente; \$\_\_\_\_\_
  - Y N Actualmente no tengo ingresos de ningún tipo y no se espera ningún cambio inminente en mi estado financiero o situación laboral durante los próximos 12 meses.

CONTINUAR A LA PÁGINA SIGUIENTE





Ciudad de Opa-señuelo  
 780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
 Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)

**Certifico que mi ingreso anual bruto anticipado para los próximos 12 meses es : \$.**\_\_\_\_\_

Informaré al personal de la Ciudad de Opa-locka/Opa-locka CRA si mis ingresos cambian durante el período en que recibo asistencia. Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. El abajo firmante entiende además que proporcionar representaciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de un contrato de arrendamiento. La información proporcionada está sujeta a verificación por parte del condado o municipio elegible.

_____	_____	_____
Firma	del solicitante Nombre impreso	Fecha

_____	_____	_____
Firma del cosolicitante	Nombre impreso Fecha	

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

o



Ciudad de Opa-señuelo  
780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054  
Teléfono (305) 953-2868  
[OCRA@opalockafl.gov](mailto:OCRA@opalockafl.gov)



### **Certificación del solicitante**

Al firmar este formulario, certifico que la información anterior es objetiva, precisa, completa y verdadera a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a la Agencia de Reurbanización Comunitaria de la Ciudad de Opa-locka / Opa-locka y sus Administradores afiliados de cualquier cambio en esta información. Entiendo que como condición para participar en este programa, la Agencia de Redesarrollo Comunitario de la Ciudad de Opa-locka / Opa-locka y sus Administradores afiliados pueden solicitar verificación adicional si la información reportada parece ser inconsistente o incorrecta. Entiendo que si proporciono información falsa o tergiversación, será motivo para negar mi participación en el Programa de Asistencia Hipotecaria de la Agencia de Reurbanización Comunitaria de la Ciudad de Opa-locka / Opa-locka. Además, mi firma reconoce mi comprensión y consentimiento para la divulgación de la información contenida en este documento al Programa de Asistencia Hipotecaria de la Agencia de Reurbanización Comunitaria de la Ciudad de Opa-locka / Opa-locka y sus Administradores afiliados. También entiendo y doy mi consentimiento para la divulgación de esta información de conformidad con la Ley de Registros Públicos, en la medida requerida por la ley de Florida.

Firma del solicitante: \_\_ \_\_

Co-Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_