



**AGENCIA DE REURBANIZACIÓN COMUNITARIA DE LA CIUDAD DE OPA-  
LOCKA/OPA-LOCKA  
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL ALQUILER (RAP)  
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

\_\_\_\_ Autorización para verificar información

\_\_\_\_ Divulgación de Conflicto de Intereses

\_\_\_\_ Autorización para la divulgación de información

\_\_\_\_ Declaración jurada del solicitante desempleado (firmado y notariado, si corresponde)

\_\_\_\_ Autocertificación de ingresos

(firmado y notariado, si corresponde)

\_\_\_\_ Verificación de empleo

\_\_\_\_ Reside dentro de los límites de OCRA

\_\_\_\_ Verificación de activos en depósito

\_\_\_\_ Contrato de arrendamiento actual (firmado por el arrendatario y el arrendador)

\_\_\_\_ Prueba de dificultades financieras debido a una carta de terminación de 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, declaración de beneficios de seguridad social o declaración de beneficios de desempleo)

\_\_\_\_ Prueba de ingresos actuales que no excedan el límite máximo de ingresos (ver página 2)

\_\_\_\_ Documentación que demuestre el vencimiento del alquiler (si corresponde)

\_\_\_\_ Formulario W-9 completado por el arrendador (Si el arrendador no está dispuesto a proporcionar el W-9 al solicitante, el arrendador puede enviar el Formulario W-9 completo a la Agencia de Reurbanización Comunitaria de Opa-locka, 780 Fisherman Street, Opa-locka, FL 33054.

\_\_\_\_ 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-señuelo, FL 33054  
Teléfono (305) 953-2868  
OCRA@opalockafl.gov

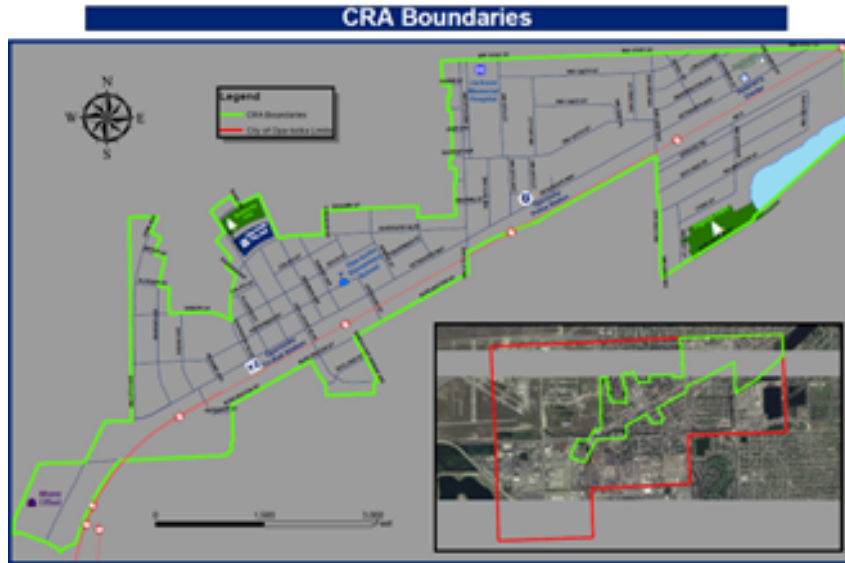
Tarjeta de Seguro Social.

**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.



**NOTA:** Antes de iniciar esta solicitud, confirme que su hogar se encuentra **dentro de los límites del área CRA de Opa-locka**. Los solicitantes pueden verificar la ubicación de la residencia en el enlace del mapa del área de Opa-locka CRA 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.

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**

**IMPORTE DE LA ASISTENCIA PARA EL ALQUILER**

La asistencia de alquiler se basará en el menor de los alquileres mensuales de arrendamiento o hasta \$ 1,5 0 0.

**LÍMITE MÁXIMO DE INGRESOS**

Los hogares deben cumplir con el requisito de ingresos brutos anuales, que no excedan 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



CITY OF  
**OPA LOCKA**  
FLORIDA

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

8	\$ 143.280
---	------------

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

## PROGRAMA DE ASISTENCIA AL ALQUILER (RAP) SOLICITUD DE ADMISIÓN

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (CABEZA DE FAMILIA):		
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
2. INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE:		
Nombre Completo:		
Teléfono diurno :		Teléfono móvil:
Dirección de correo electrónico:		Fecha de nacimiento:
Estado civil:		Edad:
¿Empleado?      Sí                          No		¿Trabaja por cuenta propia?                  No                          Sí
Tamaño del hogar (número de personas):	Total de ingresos de la casa:	Pago mensual del alquiler :



**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
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo
						SíNo



*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?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desempleo            | <input type="checkbox"/> Asistencia General/Bienestar | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos | <input type="checkbox"/> 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



CITY OF  
**OPA LOCKA**  
FLORIDA

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

Hombre

Mujer

62 años o más (Verifique si tiene 62 años o más)

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

Opa-locka CRA / Ciudad de Opa-locka 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 CRA de Opa-locka / Ciudad de Opa-locka le entregue esta declaración escrita explicando el propósito y la autoridad para recopilar 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**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de impresión**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



**DIVULGACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES**

*Como posible solicitante del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia de la Ciudad de Opa-locka/Opa-locka Community Redevelopment,*

*Entiendo que debo revelar mi relación con otras personas con las que pueda estar asociado. en la ciudad de Opa-locka y/o la CRA de Opa-locka. 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 de Alquiler de 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. \_\_\_\_\_ ACEPTO QUE REPORTARÉ CUALQUIER CAMBIO CON RESPECTO A MIS INGRESOS A LA CRA DE 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 la declaración jurada anterior y que 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.

(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: \_\_\_\_\_

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.

Firma del representante autorizado

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

Título: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

## 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-locka, 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.

## 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 está autorizada a verificar cualquiera de la 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

## 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.

**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 subempleados o desempleados .
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



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

Informaré al personal de la Ciudad de Opa-locka si mis ingresos cambian durante el período en que estoy recibiendo 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





### **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 Ciudad de Opa-locka y sus Administradores afiliados de cualquier cambio en esta información. Entiendo que como condición para participar en este programa, la Ciudad de 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 de Alquiler de CRA 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 CRA 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: \_\_\_\_\_