



APPLICATION

Housing Authority of the City of San Buenaventura
 995 Riverside Street, Ventura, CA 93001
 (805) 648-5008 (805) 643-7984 fax (805) 648-7351 TDD
 11122 Snapdragon Street, Suite 100, Ventura, CA 93004
 (805) 647-5990 (805) fax (805) 647-4691 TDD (805) 647-8421

- What program or development are you applying for?**
¿Para qué programa está usted aplicando?
- PUBLIC HOUSING
 - Housing Choice Voucher (HCV) / SECTION 8
 - TRIAD –Rose Garden /Senior
 - TRIAD – Scattered Sites
 - CHAPEL LANE /Senior
 - SOHO
 - SHORE at the WAV /Homeless /Aged out foster youth
 - EL PATIO HOTEL- Disabled
 - THE PALMS-Senior/Disabled
 - MISSION PARK-Senior/Disabled
 - TRAINING FOR INDEPENDENT LIVING (T.I.L.) - Disabled

NOTE/AVISO: USE LEGAL NAMES ONLY/USE SOLO NOMBRES LEGALES

HEAD OF HOUSEHOLD (Last, First, M.I.) (Apellido, Primer, Inicial) MIEMBRO RESPONSABLE DE LA CASA	SEX SEXO	SOCIAL SECURITY # DE SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO Month, day, year Mes, día, año	MONTHLY INCOME INGRESOS MENSUALES	SOURCE OF INCOME ORIGEN DE INGRESOS

OTHER ADULTS (Last, First, M.I.) OTROS ADULTOS (Apellido, Primer, Inicial)	SEX SEXO	RELATIONSHIP TO HEAD RELACION AL RESPONSABLE DE CASA	SOCIAL SECURITY # DE SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO Month, day, year Mes, día, año	MONTHLY INCOME INGRESOS MENSUALES	SOURCE OF INCOME ORIGEN DE INGRESOS

MINORS (Last, First, M.I.) MENORES (Apellido, Primer, Inicial)	SEX SEXO	RELATIONSHIP TO HEAD RELACION AL RESPONSABLE DE CASA	SOCIAL SECURITY NO. # DE SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO

EMAIL ADDRESS: _____
 Correo electrónico

Current STREET address: _____
 Domicilio actual (Street/Calle) (City/Ciudad) (State/Estado) (Zip Code/Código Postal)

Home Telephone/Teléfono de casa _____ Cell#/Celular _____ Work#/trabajo _____

Current MAILING address: _____
 Domicilio para correspondencia (Street/Calle) (City/Ciudad) (State/Estado) (Zip Code/Código Postal)

Are you or any member of your household a person with a disability? () Yes/Si () No
 ¿Usted o algún miembro de su familia tiene alguna incapacidad?

Do you require an adapted unit to be accessible due to a disability or impairment? () Yes/Si () No
 ¿Necesita usted una unidad accesible debido a una incapacidad?
 1. _____ Mobility Impairment / Impedimento de Movilidad 2. _____ Hearing Impairment / Impedimento de Escuchar 3. _____ Sight Impairment / Impedimento de Vista

Are you or any member of your household a Veteran? () Yes/Si () No
 ¿Usted o algún miembro de su familia es Veterano de Guerra?

Is any household member subject to a life registration requirement under a state sex offender registration program? () Yes/Si () No
 ¿Algún miembro de su familia tiene que registrarse bajo el programa de registro de ofensor sexual?

Has any household member ever been convicted of drug-related criminal activity for manufacture or production of methamphetamine on the premises of federally assisted housing? / ¿Algún miembro del hogar ha sido convicto de actividad delictiva relacionada con drogas para la fabricación o producción de metanfetaminas en instalaciones de viviendas con asistencia federal? () Yes/Si () No

Do you live in the City of Ventura? () Yes () No **Do you work in the City of Ventura?** () Yes/Si () No
 ¿Vive en la ciudad de Ventura? ¿Trabaja en la ciudad de Ventura?

Have you ever received Section 8 or Public Housing Assistance? () Yes/Si () No
If yes, where?/Did you leave owing money? _____
 ¿Alguna vez ha recibido Sección 8 o Vivienda Pública? ¿Quedo debiendo dinero?
 Si su respuesta es Si, donde? _____

Are you currently homeless? _____ If yes, how long _____ Please explain any periods of homelessness in the last year _____

¿Está usted actualmente sin hogar? _____ En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo _____ explique todos los períodos que ha estado viviendo sin hogar en el último año. _____

FOR STATISTICAL PURPOSES ONLY:

PARA ESTADISTICAS SOLAMENTE:

FOR HEAD OF HOUSEHOLD/PARA EL RESPONSABLE DE LA CASA

RACE/RAZA (mark one/marque una)	ETHNICITY/ORIGEN ETNICO (mark one/marque una)	Primary Language Spoken
<input type="checkbox"/> White/Blanco	<input type="checkbox"/> Am. Ind/Nat. Alaskan	<input type="checkbox"/> Hispanic/Hispano
<input type="checkbox"/> Asian/Oriental	<input type="checkbox"/> Nat. Hawaiian/Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Non Hispanic/No es Hispano
<input type="checkbox"/> Black/African Am./Am. Africano		Primer idioma _____

NOTICE: YOU ARE REQUIRED TO NOTIFY THE HOUSING AUTHORITY **IN WRITING** OF ANY CHANGE OF ADDRESS. IF WE CANNOT CONTACT YOU AT THE LISTED ADDRESS YOUR NAME WILL BE REMOVED FROM THE WAITING LIST.

AVISO: ES REQUERIDO QUE USTED NOTIFIQUE A LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS **POR ESCRITO** DE CAMBIOS DE DOMICILIO. EN CASO QUE NO PODAMOS COMUNICARNOS AL DOMICILIO RECIENTE EN SU ARCHIVO, SU NOMBRE SERA RETIRADO DE LA LISTA DE ESPERA.

I do hereby certify that/ Yo certifico que:

- All the information I have provided is true and complete.
Toda la información que he dado es verdadera y completa.
- The Housing Authority has my permission to inquire and verify all information as necessary to establish eligibility.
La Autoridad de Viviendas tiene mi permiso para preguntar y verificar toda información necesaria para establecer mi elegibilidad.
- I understand that providing false information is an offense under federal, state and local laws and is grounds to deny assistance.
Yo comprendo que proveer información falsa es una ofensa bajo la ley federal, estatal y local y es motivo para negar asistencia.
- I understand that I must report any changes in my family size, address or telephone number as they occur in writing.
Yo comprendo que tengo que reportar cambios en el tamaño de mi familia, domicilio y número teléfono cuando ocurren por escrito.
- I understand that the application must be complete in order to process. Applications turned into the office incomplete, will be returned to the applicant. The date the COMPLETED application is received will be the effective "date of application" on record.
Yo comprendo que la aplicación tiene que estar completa para procesar. Aplicaciones que son sometidas a la oficina incompletas, serán regresadas al solicitante. La fecha que la aplicación completa es recibida será la "fecha efectiva de la aplicación" archivada.

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

Spouse/ Esposo(a)/Other adult member/ Otro miembro adulto _____ Date/Fecha _____

Other adult member/ Otro miembro adulto _____ Date/Fecha _____

Other adult member/ Otro miembro adulto _____ Date/Fecha _____

Other adult member/ Otro miembro adulto _____ Date/Fecha _____