

HOUSING AUTHORITY OF THE COUNTY OF SANTA BARBARA - Autoridad de Vivienda de la provincial de Santa Barbara
 815 W Ocean Ave – Lompoc – CA – 93436 – www.hasbarco.org Phone Number/ Numero de Telefono: (805) 736-3423
 Mailing Address/ Direccion de Correo: PO Box 397 – Lompoc – CA – 93438 Fax Number/ Numero de Fax: (805) 735-7672

Tenant Based Rental Assistance Pre-Application form

Basada en el Inquilino Asistencia de Renta Formulario de Solicitud

PLEASE PRINT ON LETTER SIZE PAPER (8 ½ x 11)

Please ensure that you have completed the entire form and the information is correct
Asegurese de que haya completado el formulario entero frente y atrás y la información es correcta

Please select what assistance you are applying for – Por favor seleccione el tipo de asistencia que esta solicitando:

Rental Assistance/ Asistencia de Renta and/or – y/o **Security Deposit/ Deposito de Seguridad**

HEAD OF HOUSEHOLD INFORMATION – Jefe de Hogar informacion

First Name: <i>Primer Nombre:</i>	MI: <i>Inicial:</i>	Last Name: <i>Apellido:</i>	Date of Birth: <i>Fecha de Nacimiento:</i>	SSN: <i>Numero Seguro Social:</i>
---	-------------------------------	---------------------------------------	--	---

Residence Address: <i>Direccion de Residencia:</i>	City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado</i>	Zip: <i>Codigo Postal:</i>
--	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Mailing Address: <i>Direccion de Correo:</i>	City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado</i>	Zip: <i>Codigo Postal:</i>
--	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

E-Mail Address: <i>Correo Electronico:</i>	Telephone Number: <i>Numero de Telefono:</i>
--	--

For Statistical Purposes Only (Check one box in each category) – Solo para fines estadísticos (Marque una caja en cada categoría)

Race: <i>Raza</i>	<input type="checkbox"/> White/ <i>Blanco</i>	<input type="checkbox"/> Black /Negro <i>African American/ Afro Americano</i>	<input type="checkbox"/> American Indian / Indio <i>Americano Nativo Alaska Native/Alaska</i>	<input type="checkbox"/> Asian/ <i>Asiatico</i>	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian / Other Pacific <i>Islander /Otra Isla del pacifico Hawaino Nativo</i>
-----------------------------	--	--	--	--	--

Ethnicity: <i>Etnicidad</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/ <i>Hispano o Latino</i>	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino/ <i>No Hispano o Latino</i>	<input type="checkbox"/> No Hablo/Entiendo Ingles	Preferred Language: _____
---------------------------------------	---	--	--	----------------------------------

**CHECK ALL PREFERENCES BELOW THAT APPLY TO YOUR HOUSEHOLD/
 Comprobar categoria apropiada**

<input type="checkbox"/> County Resident / <i>Residente del Condado</i>	<input type="checkbox"/> Veteran/ <i>Veterano</i>	<input type="checkbox"/> Working Family / <i>Familia Trabajadora</i>	<input type="checkbox"/> Person Age 62+ or Disabled <i>Persona 62 años o mas o con discapacidad</i>	<input type="checkbox"/> Homeless <i>Sin Hogar</i>
---	---	--	---	--

<input type="checkbox"/> Involuntary Displacement/ <i>Desplazamiento involuntaria</i>	<input type="checkbox"/> By HUD Program/ <i>Por el programa de HUD</i>	<input type="checkbox"/> To Avoid Reprisals/ <i>Para evitar represalias</i>	<input type="checkbox"/> By Gov't Action/ <i>Por la accion gov</i>	<input type="checkbox"/> By Private Action/ <i>Por accion Privada</i>
---	--	---	--	---

Do You Or A Household Member Require An Accessible Unit Due To A Physical Impairment? (If Yes, check the correct box below)
Usted o un miembro de su familia necesita una unidad debido a una discapacidad (Si, marque la caja correspondiente)

<input type="checkbox"/> Mobility Accessible Unit/ <i>Unidad de acceso movilidad</i>	<input type="checkbox"/> Visual Accessible Unit/ <i>Unidad de acceso visual</i>	<input type="checkbox"/> Hearing Accessible Unit/ <i>Unidad de acceso audiciencia</i>
--	---	---

Are you a Full-Time Student? / Eres estudiante a tiempo completo? Yes/ Si No/ No

LIST ALL HOUSEHOLD MEMBERS WHO WILL BE LIVING WITH YOU (Attach additional listing, if needed)
Una lista de todos los miembros que viviran con usted (Adjuntar lista adicional si es necesario)

First Name/ Nombre	MI/ Ini.	Last Name/ Apellido	Relationship/ Relacion	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Gender/ Genero (M/F)	Social Security No./ Numero de Seguro Social

LIST GROSS MONTHLY INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS 18 YEARS OF AGE AND OLDER
Lista de los ingresos brutos mensuales de todos los miembros de hogar 18 años de edad o mas

Wages/ Salario:	Self-Employment/ Auto Empleo:	Unemployment: Desempleo:	Retirement: Jubilacion:	Veteran's Benefits: Beneficios de Veteranos:
Social Security: Seguro Social:	SSI/ SSI:	State Disability: Incapacidad del estado:	Worker's Comp.: Compensacion de trabajadores:	Foster Care: Cuidado tutelar:
CalWorks/TANF: ObrasCal/TANF:	Child Support: Manutencion de los hijos:	Alimony: Pension alimenticia:	General Assistance: Asistencia general:	Other: Otro:

List all Assets and their value
Enumerar todos los activos y su valor

I certify that all of the information given to the Housing Authority of the County of Santa Barbara, concerning household composition, residency status, income, family assets, and Preferences, is accurate and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that false statements and/or information are punishable under Federal and/or State law. I also understand that false statements or information are grounds for denial or termination of housing assistance and termination of tenancy.
 Certifico que toda la información dada a la autoridad de vivienda del condado de Santa Barbara en relación con la composición del hogar, estado de residencia, ingresos, patrimonio familiar y las preferencias es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones y/o informaciones falsas son punibles bajo la ley federal y/o estatal. También entiendo que las declaraciones o información falsas son motivo de rechazo o terminación de asistencia de vivienda y la terminación del arrendamiento.

Applicant Signature: <i>Firma del Solicitante:</i>	Date: <i>Fecha:</i>
--	-------------------------------

