



Housing Authority of the County of Santa Barbara

(805) 736-3423 • FAX (805) 735-7672 • TDD (805) 545-1833 Ext. 594

www.hasbarco.org

P.O. Box 397 • Lompoc, CA 93438-0397

815 West Ocean Avenue • Lompoc, CA 93436

Pre-Application Update form – Formulario de Actualización de Pre-Applicación
PLEASE PRINT ON LETTER SIZE PAPER (8 1/2 x 11) POR FAVOR IMPRIMA EN PAPEL TAMAÑO CARTA
(Submittal of this Pre-Application Update Does Not Guarantee an Offer of Housing Assistance)
(El Presentar/Entregar una Pre-Applicación Actualizada No Garantiza una Oferta de Asistencia de Vivienda)

First Name Primer Nombre MI Inicial Last Name Apellido Date of Birth Fecha de Nacimiento SSN Número de Seguro Social

Address Dirección de Residencia City Ciudad State Estado Zip Código Postal

Phone Number Número de Teléfono Email Address Correo Electrónico

FAMILY ATTRIBUTES ATRIBUTOS FAMILIARES

Spouse/Co-Head Information Información del Cónyuge/ Co-jefe del Hogar

First Name Primer Nombre MI Inicial Last Name Apellido Date of Birth Fecha de Nacimiento SSN Número de Seguro Social

Family Composition (Other than Head of Household or Spouse/Co-Head) Composición Familiar (Diferente que el cabeza de familia o pareja/co-jefe del hogar)

Income Ingresos

Table with columns for Attributes (Number of Other Adults, Students, Youth, Foster Children, Live-in Aides) and Mark all that apply (Employment, Self Employed, Unemployment Disability, Social Security, CalWorks, VA Benefits, Retirement, Child Support, Adoption, Other).

FOR THE FOLLOWING SECTIONS, PLEASE MARK ALL THAT APPLY PARA LAS SECCIONES SIGUIENTES, MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

Race/Raza, Ethnicity/Etnia, American Indian/Indio Nativo Americano, Asian/Asiático, Pacific Islander/Islas del pacífico, Preferred Language/Idioma que Prefiere

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 de fácil acceso debido a una discapacidad (Si la respuesta es Sí, marque la casilla correspondiente)

Mobility Accessible Unit/Unidad con acceso para personas con impedimentos de movilidad, Visual Accessible Unit/Unidad con acceso para personas con impedimento visual, Hearing Accessible Unit/Unidad con acceso para personas con impedimentos auditivos

PREFERENCES PREFERENCIAS

County Resident/Residente del Condado, Veteran/Veterano, Working Family/Familia Trabajadora, Person Age 62+ or Disabled/Persona de 62 años o más; Discapacitado, Farm Worker/Trabajador Agrícola, Involuntary Displacement/Desplazamiento Involuntario, Tenant Based Rental Assistance/Asistencia de Renta Basada en el Inquilino, Health and Safety/Salud y Seguridad

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.

Applicant Signature: Firma del Solicitante:

Date: Fecha:

Language assistance notice: This is an important document. If you require interpretation, please call the telephone number below or come to our offices. Includes phone number (805) 736-3423.

