

**ACTUALIZACION DE INGRESOS
FORMULARIO DE CAMBIOS FAMILIARES**

Cabeza del Hogar: _____

Conyugue u Otro Adulto: _____

Domicilio: _____

Número(s) de Teléfono: _____

Correo Electrónico (e-mail): _____

COMPOSICION FAMILIAR

Favor de Marcar Uno: Adición de un Nino: ____ Se Removió un Nino: ____

Se Removió un Adulto: ____

Nombre: _____

INGRESOS

Empleo

Nombre del Participante: _____

Nombre del Empleador: _____

Domicilio: _____

de Teléfono: _____

Tasa de Pago: _____ Horas a la semana: _____

Fecha de Inicio de empleo: _____ Fecha de Terminación de empleo: _____

Empleo

Nombre del Participante: _____

Nombre del Empleador: _____

Domicilio: _____

de teléfono: _____

Tasa de Pago: _____ Horas a la semana: _____

Fecha de Inicio de empleo: _____ Fecha de Terminación de empleo: _____

| <u>Liste todos los estudiantes de 18 años o mayor</u> | <u>Escuela</u> | <u>Cantidad de Ayuda Financiera</u> |
|---|----------------|-------------------------------------|
| _____ | _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ |

BIENES

| | <u>Cabeza del Hogar</u> | <u>Otro(s) Miembro(s) de Familia</u> |
|--|--------------------------------|---|
| Nombre del Banco | _____ | _____ |
| Cheques | \$ _____ | \$ _____ |
| Ahorros | \$ _____ | \$ _____ |
| Fondos de Inversión | \$ _____ | \$ _____ |
| Acciones y Bonos | \$ _____ | \$ _____ |
| Cuentas de Jubilación | \$ _____ | \$ _____ |
| Cuentas de CD o Marquetas de Dinero | \$ _____ | \$ _____ |

PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

Gastos de su bolso: _____

Cantidad pagada por parte de DHHS u otra persona: _____

GASTOS MEDICOS DE SU BOLSO PARA ANCIANOS Y DISCAPACITADOS

SOLAMENTE

Declaración Certificada: La información solicitada en este formulario se esta siendo colectada en conexión con regulaciones de la Agencia de Vivienda de Kearney, Kearney, Nebraska autorizada por el Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano de Estados Unidos para determinar la elegibilidad inicial y continua de un solicitante; tamaño de departamento; y la cantidad de contribución por parte del/los inquilino(s). Se utilizará para proporcionar las bases para la gestión del programa(s), para protección del interés financiero del Gobierno de Estados Unidos y de la Agencia de Vivienda de Kearney, y para verificar la exactitud de la información proporcionada. Puede ser liberada a las agencias Federales, Estatales, y locales apropiadas; cuando relevante a investigadores regulatorios o persecutores, civiles o criminales. Falta de proporcionar cualquier información puede resultar en una demora, o rechazo de la aprobación de elegibilidad, o determinación subsiguiente que la aprobación inicial de elegibilidad fue errónea. Autorización general para solicitar esta información se basa en la Autoridad otorgada por el Acta de Vivienda de Estados Unidos del 1937, como enmendada, 42U.S.C., 1437 et seq., las Enmiendas de Vivienda y Desarrollo Comunitario del 1981, P.L. 97-35. 85 Estatuto, 348,408.

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de E.U. declara que una persona es culpable de felonía si a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Declaración del/los Solicitante(s)/Inquilino(s):

Por la presente juro y atestigo que toda la información sobre mí es verdadera y correcta. También entiendo que con este formulario de actualización, así como verificaciones de terceros se utilizará para realizar un ajuste de renta.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Participante

Fecha

ADVERTENCIA: Sección 1001 del título 18 de los E.E.U.U. El código lo hace una ofensa criminal el distorsionar o hacer falsas declaraciones voluntariamente a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos en cualquier materia dentro de su jurisdicción.

KHA no discrimina en base de estado de discapacidad, raza, color, religión, sexo, estatus familiar u origen nacional en la admisión o el acceso a, o trato o empleo en sus programas federales de asistencia y actividades.

_____ *Igualdad en Oportunidad de Vivienda* _____

El servicio de interprete en Español será proporcionado a todos los solicitantes o residentes sin costo.