



Información de ingresos y activos de Miembros del hogar

(La siguiente información debe ser completada para cada miembro del hogar)

Nombre: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO ACTUAL		
Empleador		Número de teléfono
Dirección calle, ciudad, estado, Zip		
Posición/Cargo	Nombre del supervisor	Número de contacto del supervisor
Tiempo empleado	Tarifa de pago	Frecuencia de pago
Ingreso total (sueldo bruto, horas extras, bonos, propinas, etc.):		
INFORMACIÓN DE EMPLEO ACTUAL		
Empleador		Número de teléfono
Dirección calle, ciudad, estado, Zip		
Posición/Cargo	Nombre del supervisor	Número de contacto del supervisor
Tiempo empleado	Tarifa de pago	Frecuencia de pago
Ingreso total (sueldo bruto, horas extras, bonos, propinas, etc.):		
OTROS INGRESOS		
Tipo: (Ej. SSA, SSI, pensiones, anualidades, manutención de los hijos, desempleo, pensión alimenticia)	Cantidad	Frecuencia
<input type="checkbox"/> estoy desempleado (declaración jurada deberá ser completado y notariado)		

ADVERTENCIA: Título 18, Sección 1001 del código de Estados Unidos indica que una persona es culpable de un delito a sabiendas y voluntariamente haciendo declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de Estados Unidos.

ADVERTENCIA: 817 del estatuto de la Florida proporciona que declaraciones intencionalmente falsas o representación referente a ingresos y activos o pasivos relacionados con la situación financiera no es un delito menor de primer grado y está penado con multas y penas de prisión previstos en los artículos 775.082 S o 775.083.

Firma del miembro de hogar: _____ Fecha: _____

Date/Time intake: _____ Permit Number: _____



City of Palm Beach Gardens
 Owner-Occupied Residential Rehabilitation Assistance Program



Información de ingresos y activos de Miembros del hogar

(La siguiente información debe ser completada para cada miembro del hogar)

Nombre: _____

INFORMACION DE ACTIVOS				
TIPO DE ACTIVOS	VALOR EN EFECTIVO	NOMBRE DEL BANCO	NUMERO DE CUENTA	BALANCE
Cuenta de cheques	\$			\$
Cuenta de cheques	\$			\$
Cuenta de ahorros	\$			\$
Cuenta de ahorros	\$			\$
De credito	\$			\$
401K, IRA, CD, Anualidad	\$			\$
Seguro de vida entera	\$			\$
Acciones/Bonos	\$			\$
Bienes Raices	\$			\$
Bienes personales celebrada como inversion (autos antiguos, coleccion de monedas, joyas, etc.)	\$			\$
Otros: _____	\$			\$
Otros: _____	\$			\$
<input type="checkbox"/> No tengo ningunos activos (Una declaración jurada o Affidavit requiere ser proveido)				

ADVERTENCIA: Título 18, Sección 1001 del código de Estados Unidos indica que una persona es culpable de un delito a sabiendas y voluntariamente haciendo declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de Estados Unidos.

ADVERTENCIA: 817 del estatuto de la Florida proporciona que declaraciones intencionalmente falsas o representación referente a ingresos y activos o pasivos relacionados con la situación financiera no es un delito menor de primer grado y está penado con multas y penas de prisión previstos en los artículos 775.082 S o 775.083.

Firma del miembro de hogar: _____ Fecha: _____

Date/Time intake: _____

Permit Number: _____



Autorización para divulgación de información

(Este formulario debe ser completado para cada miembro de la familia mayores de 18 años de edad)

Yo, _____, el abajo firmante, por este medio autorizo, sin responsabilidad, información sobre mis ingresos o activos a la ciudad de Palm Beach Gardens para los fines de verificar la información proporcionada, como parte de determinar la elegibilidad para ayuda bajo el programa de asistencia de rehabilitación residencial. Entiendo que se puede solicitar solamente la información necesaria para determinar la elegibilidad.

Tipo de información para ser verificada:

Comprobaciones que pueden solicitarse son, pero no limitado a, identidad personal, historial de empleo, horas trabajadas, salario y frecuencia de pago, comisiones, aumentos, bonos y propinas; efectivo realizado en cuentas de cheques/ahorros, acciones, bonos, certificados de depositos (CD), cuentas de jubilacion individual (IRA), intereses, dividendos, etc..; pagos de Seguridad Social, anualidades, pólizas de seguros, fondos de jubilación, pensiones de invalidez o beneficios por muerte; desempleo, discapacidad o compensación; ayuda de la asistencia; ingreso neto de la operación de un negocio; y pensión o los pagos de manutención infantil, etc.

Comprobaciones de antecedentes penales *puede* realizarse para determinar la elegibilidad.

Organizaciones/individuos que pueden llegar a ser proporcionado para verificación oral o escrito, pero no limitado a:

Los patrones del pasado o presente
 Bancos, financieros,
 o de las instituciones de jubilación
 La agencia estatal de desempleo
 La Agencia del bienestar (Welfare)
 Otra: _____

Pensión alimenticia, de hijo u otro apoyo proveedores
 La administración de Seguridad Social
 Administración de veteranos
 Servicio de impuestos internos (IRS)
 Agencias calificadoras de crédito

Acuerdo de condiciones

Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización puede utilizarse para los fines indicados anteriormente. Entiendo que tengo el derecho de revisar este archivo y corregir cualquier información que sea incorrecta.

 Firma

 Nombre

 Fecha

Nota: Esta autorización general no puede utilizarse para solicitar una copia de una declaración de impuestos. Si uno es necesario, póngase en contacto con su oficina local del IRS para el formulario 4506. Solicite una copia de la planilla y prepare y firme por separado.

Date/Time intake: _____ Permit Number: _____



Divulgación de conflictos de intereses

(Para ser completado por todos los miembros del hogar mayores de 18 años)

Acuerdo con 24 CFR 570.611, los solicitantes pueden ser negados participación en el programa de asistencia de rehabilitación residencial si existe un conflicto de intereses. Existe un conflicto de intereses si un solicitante es un empleado, agente, consultor, funcionario, electo o designado oficial del recipiente o sub-recipiente y el solicitante actualmente dentro de los últimos 12 meses:

- Ejerce o ha ejercido funciones o responsabilidades con respecto a los fondos para este programa.
- Participa o ha participado en la toma de decisiones relacionadas con los fondos para este programa.
- Está o estaba en una posición para obtener información con respecto a las actividades del programa.

También puede surgir un conflicto de intereses si el solicitante de ayuda se relaciona por familia o tiene vínculos comerciales a cualquier empleado, funcionario, funcionario electo o designado o agente de una unidad del gobierno local que ejerce cualquier, funciones o responsabilidades con respecto al programa de asistencia de rehabilitación residencial. Cuando existe un conflicto de intereses o conflicto de intereses percibido, el aspirante debe reconocer el conflicto.

Por favor leer declaraciones #1 y #2 y compruebe la declaración que se aplica a usted:

____ 1. **No Existe** un conflicto de intereses referente a la aplicación del programa de asistencia de rehabilitación residencial.

____ 2. **Si Existe** un conflicto de intereses referente a la aplicación del programa de asistencia de rehabilitación residencial.

Si coloca una marca de verificación por sentencia #2, por favor explique el conflicto de intereses:

Firma

Nombre

Fecha

Date/Time intake: _____ Permit Number: _____