



**PRE-APLICACION para Phoenix Crossing
Bend, Oregon**

(24) Vales Basados en Proyecto para un estudio/o un dormitorio

NOTA: Hay una preferencia para clientes de Saving Grace y/o Full Access

Las pre-solicitudes completas serán aceptadas durante el horario comercial regular desde:

8 a.m. del lunes 19 de octubre de 2026, hasta las 5 p.m. del jueves 29 de octubre de 2026

en las oficinas de Housing Works ubicadas en: **Oficina de Redmond** 120 NW 17th St Redmond, OR 97756,

El horario comercial regular es de lunes a jueves de 8 a.m. a 5 p.m., viernes cerrado al público (use buzón/fax/correo electrónico).

Oficina de Bend 1475 NE Forbes Rd. Suite 110 Bend, OR 97701, El horario comercial regular es: martes a jueves de 9 a.m. a 4 p.m.,

lunes y viernes cerrado al público (use buzón/fax/correo electrónico), FAX 541-923-6441; o correo electrónico a stephanie@housing-works.org

- Anote el nombre del jefe de la familia y todos los demás miembros que vivirán en la unidad.
- Escriba la relación de cada miembro de la familia con el jefe de familia.

Nota: Se solicitan preguntas sobre raza y discapacidad para cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y para asegurar que no ocurra ninguna forma de discriminación. Sus respuestas no afectarán si recibe asistencia para el alquiler. Utilice los códigos a continuación para indicar la raza, enumere todos los que correspondan. Housing Works no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad física o mental o estado familiar.

Raza: 1 = Hispano 2 = Blanco 3 = Negro 4 = Indio/Alaska 5 = Hawaiano / Isleño del pafico 6 = Asiatico

Nombre completo	Número de Seguro Social	Relación con el jefe de la familia	¿Discapacitado? S o N	Fecha de nacimiento	Raza #	Genero	Ingreso Mensual
		Cabeza del hogar	☐ Si ☐ No			☐ Hombre ☐ Mujer	
			☐ Si ☐ No			☐ Hombre ☐ Mujer	
			☐ Si ☐ No			☐ Hombre ☐ Mujer	
			☐ Si ☐ No			☐ Hombre ☐ Mujer	
			☐ Si ☐ No			☐ Hombre ☐ Mujer	
			☐ Si ☐ No			☐ Hombre ☐ Mujer	
			☐ Si ☐ No			☐ Hombre ☐ Mujer	
			☐ Si ☐ No			☐ Hombre ☐ Mujer	
Número total de miembros en la familia			Ingreso familiar total		\$		

Dirección de correo: _____ Condado: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Información Adicional:

¿Reside actualmente en los condados de Crook, Deschutes o Jefferson o su hogar incluye a un miembro que trabaja, o ha sido notificado de que están contratados para trabajar en los condados de Crook, Deschutes o Jefferson? ☐ Si ☐ No

¿Actualmente recibe servicios de Full Access?..... ☐ Si ☐ No

¿Actualmente recibe servicios de Saving Grace?..... ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿autoriza a Housing Works a verificar que recibe dichos servicios?..... ☐ Si ☐ No

Si se le selecciona, ¿se beneficiaría de una unidad con características evaluables?..... ☐ Si ☐ No

Declaración del solicitante:

Yo / Nosotros certificamos que la información proporcionada en esta Pre-solicitud de Phoenix Crossing Townhomes para el Programa de Vales Basado en Proyectos es precisa y completa a mi / nuestro mejor conocimiento y entendimiento. Yo / nosotros entendemos que las declaraciones o información falsa son castigables según la ley federal y también pueden ser castigables según la ley estatal. Yo / nosotros no tenemos ninguna objeción a las consultas con el propósito de verificar los hechos aquí establecidos. Yo / nosotros también entendemos que las declaraciones o información falsa son motivo de denegación. Yo / nosotros entendemos además que, si yo / nosotros creemos que hemos sido discriminados, yo / nosotros podemos llamar a la línea gratuita nacional de Equidad de Vivienda e Igualdad de Oportunidades al 1-800-669-9777.

Firma del jefe de la familia: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge/Co-solicitante: _____ Fecha: _____

For Office Use Only: Initial: _____ Date Stamp: _____



120 NW 17th Street
Redmond, OR
p: 541.923.1018
f: 541.923.6441
www.housing-works.org

AVISO: Se aplican límites de ingresos y estándares de ocupación para todas las unidades de Vales Basados en Proyectos.

Un sorteo computarizado determinará la posición de cada solicitante en la Lista de Espera de Vales Basados en Proyectos para las (24) unidades tipo estudio y de 1 dormitorio en Phoenix Crossing, en Bend, Oregón. Se dará preferencia a los residentes locales, así como a quienes reciben servicios de Full Access para personas con discapacidades intelectuales y/o del desarrollo y de Saving Grace para víctimas de violencia doméstica. Las solicitudes serán procesadas en el orden de su posición en la Lista de Espera. Si es seleccionado, el solicitante será contactado por correo postal para continuar con el proceso de elegibilidad.

Housing Works agotará por completo cada lista de espera existente antes de iniciar una nueva para el Programa de Vales Basados en Proyectos. Las solicitudes permanecerán activas por un período máximo de hasta dos años. Si, después de este período, la lista no se ha agotado ni se ha vuelto a abrir, Housing Works eliminará a todos los solicitantes e iniciará una nueva lista de espera.

Esta es únicamente una pre-solicitud y no garantiza la selección para vivienda. Si es seleccionado, se requerirá una solicitud completa.

Si es seleccionado, se solicitará información adicional, incluyendo:

- Información sobre la composición familiar
- Información sobre los ingresos familiares
- Ciudadanía o estatus migratorio eligible
- **Números de Seguro Social de todos los miembros de la familia**
- **Comprobante de identidad de todos los miembros de la familia (identificación vigente con fotografía y/o certificado de nacimiento)**

Los solicitantes elegibles deben:

- Cumplir con los requisitos de elegibilidad de ingresos (consulte el cuadro a continuación)
- Cumplir con los estándares de ocupación para el tamaño de la unidad disponible
- Pasar una verificación de antecedentes penales
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad con respecto a la participación anterior en el programa

Razones obligatorias para la denegación de asistencia:

- Cualquier miembro del hogar que haya sido condenado alguna vez por actividad delictiva relacionada con drogas por la producción o fabricación de metanfetamina en cualquier lugar
- Cualquier miembro del hogar que esté actualmente registrado como delincuente sexual conforme a un requisito estatal de registro

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

(Estas son unidades de crédito fiscal al 30% y pueden tener un requisito de elegibilidad de ingresos diferente para Cascade Management)

Ingreso Anual: Ingreso Medio del Área

	Condado de Deschutes	Condado de Deschutes
Tamaño del hogar	Ingreso Extremadamente bajo 30% AMI	Ingreso muy bajo 50% AMI
Uno	25,250	42,100
Dos	28,850	48,100
Tres	32,450	54,100
Cuatro	36,050	60,100
Cinco	38,950	64,950
Seis	44,360	69,750
Siete	50,040	74,550
Ocho	55,720	79,350

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN

PROPÓSITO: Housing Works (antes CORHA) utiliza esta autorización y la información obtenida con ella para administrar y hacer cumplir las reglas y políticas del programa de vivienda.

PERSONAS U ORGANIZACIONES REQUERIDAS PARA COMPARTIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN:

Se puede solicitar a cualquier individuo u organización, incluida cualquier organización gubernamental, pero no está limitado a que solo dichas instituciones divulguen información, es decir:

Bancos y otras instituciones financieras
Agencias de aplicación de la ley, tribunales, verificación de antecedentes penales
Oficinas de crédito
Empleadores o dueños pasados y presentes
Escuelas y colegios
Empresas de servicios públicos
Agencias estatales como Bienestar Infantil, Transporte, División de Empleo
Agencias de servicios sociales
Servicios Humanos y Departamento de Empleo de Oregon
Proveedores de: pensión alimenticia, cuidado de niños, manutención de niños, crédito, asistencia para discapacitados.
Atención médica, pensiones / anualidades
Recetas Médicas
Administración de la Seguridad Social
Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.
Historial crediticio, inquietudes financieras, actividad delictiva, problemas legales, problemas de bienestar infantil
Composición familiar y gastos de cuidado infantil
Empleo, ingresos, pensiones y activos
Beneficios federales, estatales, tribales o locales
Problemas médicos, psicológicos o psiquiátricos
Identidad y estado civil
Gastos médicos
Números de seguro social
Residencias e historial de alquileres
Thrive Central Oregon, Full Access, DHS, Saving Grace

AUTORIZACIÓN:

* Autorizo por un período de 15 meses a partir de la fecha a continuación para divulgar y compartir cualquier información (incluida la documentación y otros materiales) pertinente a la elegibilidad o participación en programas de vivienda asistida, incluidos los siguientes:

Vivienda pública de bajo alquiler, HOME / LIRPH, programas de vales basados en proyectos y vales de elección de vivienda.

* Acepto que las fotocopias de esta autorización se pueden utilizar para los fines indicados anteriormente. Si no firmo esta autorización, entiendo que mi asistencia para la vivienda puede ser denegada o cancelada. Autorizo a todas las fuentes a enviar información por fax o correo a Housing Works al: 120 NW 17th St. Redmond, Oregon 97756 541-923-1018 y fax 541-923-6441

* Acepto proporcionar un número de Seguro Social asignado (o una Certificación de que no se ha asignado ningún número) para cada miembro del hogar de 6 años o más.

_____ Firma del jefe de la familia	_____ Fecha	_____ Número de Seguro Social
_____ Firma del cónyuge o otro adulto	_____ Fecha	_____ Número de Seguro Social
_____ Firma de Otro adulto	_____ Fecha	_____ Número de Seguro Social
_____ Firma de Otro adulto	_____ Fecha	_____ Número de Seguro Social

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
☐ Emergencia	☐ Ayuda con el proceso de recertificación
☐ No es posible comunicarse con usted	☐ Cambio en los términos del arrendamiento
☐ Rescisión de la asistencia de alquiler	☐ Cambio en las reglas de la casa
☐ Desalojo de la unidad	☐ Otro: _____
☐ Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

☐ Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.