



**PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA EL ALQUILER DE LITTLE HOLLYWOOD  
LISTA DE ESPERA DE SOLICITANTES/FORMULARIO DE  
INTERÉS**

Los Programas de Subsidio de Alquiler del Pequeño Hollywood del Departamento de Vivienda de San Juan Capistrano ofrecen asistencia de alquiler por hasta tres años a solicitantes que reúnan los requisitos. En este momento, las personas que tramiten este formulario serán agregadas a una lista de espera. Sin embargo, la colocación en la lista de espera no constituye la aprobación o denegación a la asistencia. Para ser apto para recibir asistencia, debe cumplir los siguientes criterios mínimos:

1. Sus ingresos netos anuales no pueden superar la cantidad indicada en la gráfica correspondiente a la cantidad de miembros de su familia. Por favor, marque la casilla correspondiente.

NÚMERO DE FAMILIA	INGRESOS NETOS MÁXIMOS ANUALES DEL 2023
1	\$80,400
2	\$91,850
3	\$103,350
4	\$114,800
5	\$124,000
6	\$133,200

\* Estas cifras son actualizadas anualmente por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California

2. No puede ser propietario de ningún inmueble.
3. Debes tener objetivos a corto y largo plazo para llegar a ser autosuficiente.
4. Debe estar dispuesto a participar en clases mensuales de capacitación y orientación para inquilinos.
5. Debe estar dispuesto a desempeñar tareas de voluntariado.
6. Deberá estar dispuesto a someterse a una inspección de antecedentes, a inspecciones mensuales de su residencia por parte del Departamento de Vivienda y a restricciones en cuanto a los límites máximos de residentes en la vivienda.
7. Todos los adultos del hogar deben tener empleo, a tiempo completo o a tiempo parcial si están recibiendo estudios de capacitación continua.
8. Todos los inquilinos deben ser ciudadanos estadounidenses o extranjeros con residencia legal permanente.

**SI DESEA QUE SE LE TENGA EN CUENTA PARA EL PROGRAMA, POR FAVOR, COMPLETE LAS SIGUIENTES PÁGINAS:**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Personas en el Hogar: \_\_\_\_\_  
 Domicilio Actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Número Telefónico Diurno: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Neto: \$ \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Al firmar en la parte de abajo, usted (1) consta que la información incluida en el presente formulario y en el cuestionario adjunto es verídica y veraz a la fecha indicada abajo; (2) acepta que este documento es propiedad del Departamento de Vivienda y no es necesario que se le devuelva; y (3) autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano a verificar la exactitud e integridad de toda la información de cualquier fuente que elija el Departamento. **Si usted omite, falsifica o tergiversa intencionalmente cualquier información, el Departamento de Vivienda se reserva el derecho de rechazar la asistencia a través de los programas de Subsidio de Alquiler del Pequeño Hollywood. El recibo de este formulario de interés por el Departamento de Vivienda no significa que usted ha sido aprobado para recibir asistencia de alquiler. Si tiene preguntas comuníquese con el Departamento de Vivienda al 949-443-6313.**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
**FIRMA** **FECHA**

Favor de entregar el formulario a:  
 Departamento de Vivienda de San Juan Capistrano  
 32400 Paseo Adelanto  
 San Juan Capistrano, CA 92675



# FORMULARIO DE INFORMACION DEL SOLICITANTE PARA EL SUBSIDIO DE ARRENDAMIENTO

**ADULT(S)**

Nombre (Jefe de Familia) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**NIÑOS/DEPENDIENTES:**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

Fuentes de Ingresos (todos los miembros del hogar mayores de 18 años): \_\_\_\_\_

Nombre de empleador(es) (todos los miembros del hogar mayores de 18 años): \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_  
Domicilio Ciudad Código Postal

Puesto del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_

No. Telefónico/Fax del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_  
Teléfono Trabajo Fax No.

¿Podemos ponernos en contacto con usted en su trabajo?  Sí  No

¿A cuál de los siguientes grupos étnicos pertenece usted? (Opcional)

Categorías de Grupos Étnicos	Marque Solo <u>UNA</u> Categoría	Marque si También es Hispano
Caucásico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/Afroamericano y Caucásico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indígena Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indígena Americano/Nativo de Alaska y Caucásico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático y Caucásico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indígena Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Multirracial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La Ciudad de San Juan Capistrano no discrimina por motivos de raza, creencia, color, sexo, edad, afiliación o creencia política, religión, orientación sexual, origen nacional, minusvalía o discapacidad en la aceptación o provisión de programas, beneficios o servicios/actividades.



¿Cuál es su situación actual en su hogar, el costo del alquiler y cuánto tiempo puede permanecer en su residencia actual?

---

---

¿Tiene licencia de conducir?  Sí  No      Describa su récord de manejo \_\_\_\_\_

---

Los vehículos deben ser operables y estar asegurados para poder participar en el programa.

¿Tiene usted un vehículo?  Sí  No    Si es así, ¿cuál es la marca, el modelo, el año, los pagos, el costo del seguro, etc.? \_\_\_\_\_

---

¿Tiene familiares y/o amigos cercanos en esta zona?  Sí  No

¿Se puede quedar con ellos?  Sí  No Si no es así, por favor explique. \_\_\_\_\_

¿Tiene mascotas?  Sí  No    Si es así, ¿qué mascotas tiene? \_\_\_\_\_

Si es así, las mascotas no están permitidos en el programa a menos que sea un animal de servicio, ¿está dispuesto a dejar a la mascota con alguien con el fin de entrar en el Programa de Vivienda?  Sí  No

¿Está recibiendo algún otro tipo de asistencia para el alquiler?  Sí  No    Si es así, ¿qué asistencia recibe? \_\_\_\_\_

---

¿Alguien más paga alguna o todas sus facturas?  Sí  No    Si es así, explique: \_\_\_\_\_

---

¿Es usted estudiante?  Sí  No    Si es así, por favor describa dónde asiste, el horario de clases y los gastos. \_\_\_\_\_

---

¿Tiene seguro médico para su familia?  Sí  No

¿Algún miembro de su familia tiene problemas médicos o necesidades especiales?  Sí  No Por favor explique: \_\_\_\_\_

---

¿Algún hijo de su familia ha tenido problemas escolares (suspensión, expulsión)?  Sí  No Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

¿Ha recibido consejería en el pasado o la está recibiendo en la actualidad?  Sí  No

¿Hay antecedentes de drogadicción o alcoholismo en su familia?  Sí  No

¿Usted o alguien de su familia consume marihuana, cocaína, heroína, LSD, metanfetaminas, etc.?  Sí  No

¿De ser necesario, está dispuesto a someterse a una prueba de detección de drogas?  Sí  No

¿Ha habido algún incidente de violencia física hacia miembros de su familia o sus propiedades?  Sí  No

¿Ha sido detenido alguna vez algún adulto de su hogar?  Sí  No    Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

Indique si tiene algún asunto legal pendiente (por ejemplo, órdenes de detención, demandas pendientes, órdenes de alejamiento, etc.): \_\_\_\_\_

---

alguna vez ha sido convicto de un delito grave o menor, por favor proporcione la fecha de los hechos y una declaración de lo que se llevó a cabo para resolver la situación. \_\_\_\_\_

---



¿Algún miembro de su familia padece alguna enfermedad mental?  Sí  No Si es así, por favor explique:

¿Ha sido algún adulto del hogar víctima de violencia doméstica?  Sí  No Si es así, por favor explique:

¿Estás dispuesto a participar en un programa rigurosamente supervisado en el que se le ayudará a alcanzar la autosuficiencia, incluyendo sesiones de consejería en grupo e individuales?  Sí  No

¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota?  Sí  No. Si es así, por favor indique la fecha en que se declaró en bancarrota y las circunstancias de la misma: \_\_\_\_\_

¿Dispone de una unidad de almacenamiento?  Sí  No Si es así, ¿cuál es su pago mensual? \_\_\_\_\_

¿Está al corriente con sus impuestos estatales y federales?  Sí  No Si no es así, ¿cuánto debe? \$ \_\_\_\_\_

¿Alguien le recomendó este Programa?  Sí  No Si es así, por favor, proporcione su nombre: \_\_\_\_\_

Por favor, describa sus ingresos actuales y cómo afecta a su situación de vivienda:

---

---

---

---

---

---

---

---

Si es seleccionado para recibir asistencia para alquiler, describa cómo piensa cambiar su situación para ser autosuficiente cuando finalice la asistencia al final del programa de tres años. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor, proporcione cualquier información adicional que haga su situación única:

---

---

---

---

---

---

---

---

