

HOUSING AUTHORITY OF THE COUNTY OF KERN

REPORTE DE CAMBIO- [] VIVIENDA PUBLICA [] DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA [] RHCP [X] SECCION 8
 DE BAJOS INGRESOS DE LOS ESTADOS UNIDOS/OFICINA DE SERVICIOS DE MIGRANTES

HACK
 Use Only
 [] INCREASE
 [] DECREASE

INQUILINO: _____ **NÚMERO DE SEG. SOC.:** _____
DIRECCION DE UNIDAD: _____ **# TELEFONO:** _____

CAMBIO DE INGRESO (Rellene todo lo que a cambiado. No escriba nada que no ha cambiado)

NOMBRE DE MIEMBRO				# SEGURO SOCIAL				NOMBRE DE MIEMBRO				# SEGURO SOCIAL			
Fuente		Cantidad	Fecha Inicial	Fecha de Conclusión	Fuente		Cantidad	Fecha Inicial	Fecha De Conclusión	Fuente		Cantidad	Fecha Inicial	Fecha De Conclusión	
<input type="checkbox"/> ASISTENCIA PUBLICA/ TANF # de Caso:					<input type="checkbox"/> ASISTENCIA PUBLICA/ TANF # de caso:					<input type="checkbox"/> ASISTENCIA PUBLICA/ TANF # de caso:					
<input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL					<input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL					<input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL					
<input type="checkbox"/> DESEMPLEO					<input type="checkbox"/> DESEMPLEO					<input type="checkbox"/> DESEMPLEO					
<input type="checkbox"/> MANUNTENCIÓN DE HIJOS # de caso:					<input type="checkbox"/> MANUNTENCIÓN DE HIJOS # de caso:					<input type="checkbox"/> MANUNTENCIÓN DE HIJOS # de caso:					
<input type="checkbox"/> OTRO INGRESO* ¿Qué?					<input type="checkbox"/> OTRO INGRESO* ¿Qué?					<input type="checkbox"/> OTRO INGRESO* ¿Qué?					

***Si otros ingresos son salarios complete abajo:**

EMPLEO Trabajo Nuevo Terminación _____
 Salario: \$ _____ Por ► Hora Semana Mensual

Promedio de horas por semana: _____

NOMBRE Y DIRECCON DEL EMPLEADOR: _____

Teléfono del Empleador: _____ FAX: _____

***Si otros ingresos son salarios complete abajo:**

EMPLEO Trabajo Nuevo Terminación _____
 Salario: \$ _____ Por ► Hora Semana Mensual

Promedio de horas por semana: _____

NOMBRE Y DIRECCON DEL EMPLEADOR: _____

Teléfono del Empleador: _____ FAX: _____

CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DE FAMILIA. DEBE juntar COPIA de Acta(s) de Nacimiento y Tarjeta(s) de Seguro Social

Agregar	Eliminar	Nombre	Fecha de Nacimiento	# Seguro Social	Parentesco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

CUIDADO DE NINOS: Proveedor: _____ # de Teléfono: _____
 Dirección: _____ USTED Paga: \$ _____ POR _____
 Ayuda del Departamento de Servicios Humanos? Si No

CERTIFICACION DEL PARTICIPANTE

Yo certifico que la información dada a la Autoridad de Vivienda del Condado de Kern sobre la composición del hogar, ingresos, vienes de familia, prestaciones y deducciones es precisa y completa a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que información o declaraciones falsas son punibles bajo la Ley Federal. También entiendo que información o declaraciones falsas son causa para terminación de asistencia para la vivienda y la terminación de tenencia.

Firma del Jefe del Hogar

Fecha

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE KERN
CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN
(POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACION)

NOMBRE _____ PARENTESCO _____ NSS# _____

NOMBRE _____ PARENTESCO _____ NSS# _____

Doy mi autorización para que las agencias nombradas a continuación intercambien u obtengan archivos/información obtenida durante el transcurso de de mi participación en cualquier programa administrado por la Autoridad de Vivienda del Condado de Kern. Entiendo que el compartir información es necesario para planear o proveer los servicios necesarios a fin de establecer la elegibilidad o elegibilidad continua para asistencia en mi vivienda. Esta autorización incluye a todas las personas que aparecen arriba a quienes se les presta servicios.

*Use formas adicionales para personas adicionales

<input type="checkbox"/> Conexión Comunitaria para el Cuidado de Niños 2000 – 24th St. Suite 100, Bakersfield, CA 93301 661-861-5200 or 877-861-5200 Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Departamento del Salud Pública del Condado de Kern 1800 Mt. Vernon, Bakersfield, CA 93306 661-324-3000 Iniciales _____
<input type="checkbox"/> Departamento de Rehabilitación 4925 Commerce Dr. Ste 150, Bakersfield, CA 93309 661-395-2525 Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos del Condado de Kern 100 E. California Ave., Bakersfield, CA 93307 661-631-6000 Iniciales _____
<input type="checkbox"/> Departamento de Capacitación de Empleadores 1600 East Belle Terrace, Bakersfield, CA 93307 661-325-4473 Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental del Condado de Kern 3300 Truxtun Ave., Ste 100, Bakersfield, CA 93301 800-991-5272/Crisis 661-631-8000 Iniciales _____
<input type="checkbox"/> Oficina del Distrito Fiscal del Condado de Kern/ División de Manutención Familiar 1215 Truxtun Ave., Bakersfield, CA 93301 661-868-2340 Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para Ancianos y Adultos del Condado de Kern/IHHS 5357 Truxtun Ave., Bakersfield, CA 93309 661-868-1000 or 800-510-2020 Iniciales _____
<input type="checkbox"/> Distrito de Escuelas Secundarias de Kern 5801 Sundale Ave. Bakersfield, CA 93309 661-827-3100 Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Departamento de Probación del Condado de Kern 2005 Ridge Road, Bakersfield, CA 93305 661-868-4100 Iniciales _____
<input type="checkbox"/> Superintendente Escolar/Distrito Escolar de Asistencia 1300 17th St., City Centre, Bakersfield, CA 93301 661-636-4000 Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Golden Empire Affordable Housing, Inc. 601 24 th St. Ste B, Bakersfield, CA 93301 661-633-1533 Iniciales _____
	<input type="checkbox"/> Otro : _____ Iniciales _____

CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que este consentimiento para liberar o intercambiar archivos e información es vigente hasta que dicho consentimiento sea retirado por el abajo firmante o por 15 meses.

He leído este consentimiento con cuidado.

Escriba su nombre _____ Firma _____ Fecha: _____
en letra de molde

Escriba su nombre _____ Firma _____ Fecha: _____
en letra de molde

For Authorized Agency use Only:

Please fax all related information to the Housing Authority of the County of Kern

Fax: (661) _____

Attention: _____