

AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE KERN

SEGUNDO INTERROGATORIO PROVISIONAL

Este formulario no se aplica a las familias que estén bajo la política de renta escalonada.

Escriba toda la información en letra de molde

Nombre del participante o residente: _____

Últimos 4 dígitos del NSS: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Cambio en ingresos: Llene todo lo que haya cambiado. Si algo NO ha cambiado, no lo escriba.

Nombre del participante: _____ Últimos 4 dígitos del NSS: _____				Nombre del participante: _____ Últimos 4 dígitos del NSS: _____			
Fuente	Monto	Fecha inicial	Fecha final	Fuente	Monto	Fecha inicial	Fecha final
<input type="checkbox"/> TANF: Número de caso: _____				<input type="checkbox"/> TANF: Número de caso: _____			
<input type="checkbox"/> Seguro social				<input type="checkbox"/> Seguro social			
<input type="checkbox"/> Desempleo				<input type="checkbox"/> Desempleo			
<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos Número de caso: _____				<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos Número de caso: _____			
<input type="checkbox"/> Otros ingresos* Qué: _____				<input type="checkbox"/> Otros ingresos* Qué: _____			
*Si los otros ingresos son por salario, llene la parte siguiente <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo nuevo <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> _____ Salario: \$ _____ Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes Horas promedio por semana: _____ Nombre y dirección del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____ Fax: _____				*Si los otros ingresos son por salario, llene la parte siguiente <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo nuevo <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> _____ Salario: \$ _____ Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes Horas promedio por semana: _____ Nombre y dirección del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____ Fax: _____			

Composición de la familia: Si se agrega, debe anexar una copia de los certificados de nacimiento y tarjetas del Seguro Social

Agregar	Borrar	Nombre	Fecha de nacimiento	No. de Seguro Social	Parentesco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Cuidados infantiles

Proveedor: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Usted paga \$ _____ por _____

¿Le ayuda DHS? Sí No

Certificación del participante

Certifico que la información que se entrega a la Autoridad de Vivienda del Condado de Kern en este formulario es precisa y completa a mi mejor saber y entender. Comprendo que las declaraciones o la información falsas se pueden castigar según la Ley Federal. También comprendo que las declaraciones o la información falsa son causas de terminación de la asistencia para la vivienda y terminación del arrendamiento.

Firma del jefe de la vivienda

Fecha

