



LONGMONT HOUSING AUTHORITY
2024-Aspen Meadows Neighborhood (LIHTC)



Instrucción: Por favor imprima claramente; Por favor lea la página de información antes de completar el formulario.

Cabeza de Familia

Nombre: _____ Apellido: _____
 Número de Seguro Social: _____ Edad: _____
 Fecha De Nacimiento: _____ **Estatus de Veterano:** _____
Desamparado: Si No **Anciano:** Si No **Discapacitado:** Si No

Información de Domicilio

Número de Habitantes: _____ Numero de Cuartos: 2 3 4
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección de Envío: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____ No. Adicional: _____
 Correo Electronic: _____

Información Demográfica para Solo Propósito Estadístico (Opcional):

Raza: Blancos Negros/Afroamericano Asiáticos Hawaianos Nativos/Otros isleños del pacifico
Otra Raza: _____
Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Otros Miembros de Familia que Vivirán en el Hogar

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Relacion	Sexo	FDN	Anciano	Desam-parado	Veterano

Ingresos (Enumere TODOS los ingresos o artículos en lugar de la manutención / ingresos, SSI, TANF y / o pensión recibidos por todos los miembros del hogar, incluidos los niños)

Miembros de Familia <i>Apellido, Nombre</i>	Tipo de Ingreso	Ingresos Mensuales



LONGMONT HOUSING AUTHORITY
2024-Aspen Meadows Neighborhood (LIHTC)



Activos (Enumere TODOS los activos, incluido, entre otros: cuenta de banco, cuenta de ahorros, cuenta de jubilación, bonos / acciones, otros)

Miembros de Familia <i>Apellido, Nombre</i>	Tipo de Activos	Valor Estimado en Efectivo

AVISO DE DISCRIMINACION POR BASE DE DISCAPACIDAD

Acuerdo a la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (según enmendada) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), Longmont Housing Authority (LHA) ha adoptado una política con respecto a “No discriminación por motivos de discapacidad”.

Longmont Housing Authority no discrimina por motivos de discapacidad en la admisión, el acceso o las operaciones de programas, servicios o actividades.

Las personas calificadas que necesiten ayudas y servicios de comunicación accesibles o otras adaptaciones para participar en programas y actividades están invitadas a comunicar sus necesidades y preferencias al coordinador de 504/ADA. Por favor, avísenos con al menos tres a cinco días de anticipó para que podamos realizar adecuadamente sus necesidades.

Un procedimiento interno de quejas esta disponible para resolver quejas. Si tiene preguntas, inquietudes o solicitudes sobre información adicional de 504/ADAS deben enviarse a:

Nombre de Coordinadora de 504/ADA: Lauren Cely

Email: lauren.cely@longmontcolorado.gov

Días y Horas de operación: Lunes – Viernes; 8:00 AM to 5:00 PM

Dirección: 350 Kimbark Street, Longmont, CO 80501

Numero de Teléfono: 303-651-8581 **TDD:** 711

Si lo solicita, este aviso y otros materiales pueden estar disponibles en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande o cinta de audio) del coordinador 504/ADA.

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTE FORMULARIO SON VERDADERAS Y COMPLETAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. TAMBIEN ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD ACTUALIZAR LA INOFRMACION DE ENTRADA DE MI SOLICITUD E INFORMAR A LONGMONT HOUSING AUTHORITY (POR ESCRITO) SOBRE CUALQUIER CAMBIO DE INGESO, INFORMACION DE DOMICILIO Y QUALQUER OTRO CAMBIO.

Firma

Fecha