



**Sonoma County Community Development Commission**

Housing Authority-Redevelopment Agency  
1440 Guerneville Road, Santa Rosa, CA 95403-4107  
Telephone: (707) 565-7500 TDD: (707) 565-7555

**LA LISTA DE ESPERA DE LA SONOMA COUNTY HOUSING AUTHORITY  
PARA EL PROGRAMA DE VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA (SECCIÓN 8) ESTA ABIERTA**

**CUESTIONARIOS PUEDEN SER ENVIADOS O ENTREGADOS A LA:**

**Sonoma County Housing Authority  
1440 Guerneville Road  
Santa Rosa, CA 95403-4107**

**LA LISTA DE ESPERA PERMANECERÁ ABIERTA HASTA AVISO PRÓXIMO**

El Programa de Vales de Elección de Vivienda (Sección 8) es un programa de subvención federal que permite a personas de bajos ingresos vivir en propiedades privadas de renta dentro del Condado de Sonoma y que paguen aproximadamente 30-40% de sus ingresos brutos al mes como su parte de la renta. La Sonoma County Housing Authority (SCHA) paga el resto del balance al dueño dentro de límites de renta razonables.

Cualquier familia, persona soltera, persona de mayor edad, y/o persona incapacitada, de 18 años o mayor, quien sea un ciudadano de los Estados Unidos o un inmigrante elegible puede aplicar. Todos que soliciten ayuda serán entrevistados para verificar su estado migratorio. Cualquier persona sujeta a requisitos de registro del estado por vida para delincuentes sexuales es inelegible para el Programa de Vales de Elección de Vivienda

Límites de Ingresos: Los ingresos en bruto totales de su familia (ingresos antes de quitar impuestos o cualquier otra deducción) deben ser menos o igual a las cantidades de abajo. Debe incluir los ingresos de todas las personas que vivan con usted. (No es necesario incluir ingresos de niños de 17 años o menores)

Límites de ingresos para familias con ningún adulto(s) empleado(s)

Tamaño de Familia	Ingresos Anuales	Tamaño de Familia	Ingresos Anuales
1	28,050	5	43,300
2	32,100	6	46,500
3	36,100	7	49,700
4	40,100	8	52,950

Límites de ingresos para familias con adulto(s) empleado(s)

Tamaño de Familia	Ingresos Anuales	Tamaño de Familia	Ingresos Anuales
1	33,660	5	51,960
2	38,520	6	55,800
3	43,320	7	59,640
4	48,120	8	63,540

Puede obtener cuestionarios en la Sonoma County Housing Authority, en el sitio del Internet, [www.sonoma-county.org/cdc/s8waitlist.htm](http://www.sonoma-county.org/cdc/s8waitlist.htm) o en bibliotecas del Condado de Sonoma. La colocación en la lista de espera es determinada por la fecha y el tiempo que el cuestionario es recibido y por cualquier preferencia que aplica.

Las preferencias de la Sonoma County Housing Authority están alistadas debajo:

- Veterano o el esposa/o, viuda/o de un veterano de EE.UU.
- Solicitante o co-solicitante que es incapacitado
- 62 años o mayor
- Hogares con niños menores de edad
- Trabajando o viviendo en el Condado de Sonoma, fuera de los límites de la ciudad de Santa Rosa. Viviendo un programa de transición o viviendo en un refugio de emergencia en cualquier lugar del Condado de Sonoma y recibiendo servicios con una agencia para personas sin hogar en el Condado de Sonoma califica bajo de esta preferencia

Este cuestionario es para una lista de espera. No recibirá asistencia inmediatamente. Cuando alcancemos su nombre en la lista de espera, usted será contactado para completar una aplicación para determinar elegibilidad final.

**Si se muda después de entregar un cuestionario, es su responsabilidad someter una forma de la actualización de la lista de espera, la forma se encuentra en la oficina de la Sonoma County Housing Authority o en nuestro sitio del Internet, [www.sonoma-county.org/cdc/s8waitlist.htm](http://www.sonoma-county.org/cdc/s8waitlist.htm) Si falla de llenar la de actualización, su nombre será quitado de la lista de espera.**



### Sonoma County Community Development Commission

Housing Authority-Redevelopment Agency  
1440 Guerneville Road, Santa Rosa, CA 95403-4107  
Telephone: (707) 565-7500 TDD: (707) 565-7555

### CUESTIONARIO PARA LA LISTA DE ESPERA DEL PROGRAMA DE ELECCIÓN DE VIVIENDA (SECCIÓN 8)

La información en este cuestionario determinará su colocación en la lista de espera. Es muy importante que usted complete el cuestionario completamente y que usted conteste cada pregunta correctamente.

Es su responsabilidad de someter una forma de actualización para la lista de espera si a tenido cambio de dirección. Las formas están disponibles en nuestra oficina o en el sitio del Internet, [www.sonomacounty.org/cdc/s8waitlist.htm](http://www.sonomacounty.org/cdc/s8waitlist.htm)

Si no podemos ponernos en contacto con usted perderás su lugar en la lista de espera  
**Por favor sepa que no es suficiente notificar a los correos. Los correos no expedirán.**

#### CABEZA DE FAMILIA (LETRA DE MOLDE CLARA)

Número de Seguro Social

Fecha De Nacimiento

Mes      Día      Año

Primer Nombre (como aparece en su tarjeta de Seguro Social)

Inicial

Sexo (M/F)

Apellido (como aparece en su tarjeta de Seguro Social)

Número de Teléfono

Dirección de Correo

# de Apt.

Ciudad

Estado

Código Postal

**RAZA (MARQUE UNO):**  Blanco  Negro/Africano Americano  Indio Americano ó Nativo de Alaska  Asiático  
 Nativo de Hawai otro Isleño del Pacífico      **HISPANO (MARQUE UNO):**  Sí  No

#### OTROS MIEMBROS DE HOGAR (Agregue hojas adicionales si es necesario)

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Número de Seguro Social
2				
3				
4				

#### INGRESOS TOTALES MENSUALES DE LOS MIEMBROS DE HOGAR

Empleo	\$	Incapacidad (Disability)	\$	Pensión	\$
Desempleo	\$	VA (Veteranos)	\$	Otro	\$
SSI	\$	TANF (Welfare)	\$		\$
Seguro Social	\$	Manutención de Hijos	\$		\$

Marque todo el que aplicó a usted y a su hogar

- Yo/nosotros vivimos en el **Condado de Sonoma**
- Yo/Nosotros vivimos **fuera de los límites de la ciudad de Santa Rosa**
- Yo/Nosotros trabajamos en el **Condado de Sonoma**
- Yo/Nosotros trabajamos **fuera de los límites de la ciudad de Santa Rosa**
- Yo/Nosotros vivo/vivimos en un refugio de emergencia o vivienda de transición en cualquier lugar del Condado de Sonoma
- Yo/Nosotros estamos sin hogar y recibiendo ayuda de una agencia de apoyo para personas sin hogar en el Condado de Sonoma
- Yo o mi co-solicitante es incapacitado
- Tengo/Tenemos niños menor de edad en el hogar
- Yo o mi co-solicitante es mayor de 62 años
- Yo soy Veterano de los EE.UU. o viuda/o, esposa/o de un/a Veterano/a (tiene que vivir con Veterano/a esposa/o)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_