



Community Development Authority of the City of Madison

Housing Operations Division
Madison Municipal Building, Suite 161 215
Martin Luther King, Jr. Boulevard Madison,
Wisconsin 53703-3348
608-266-4675 *teléfono*
608-264-9291 *fax*
www.cityofmadison.com/housing

Para el uso de la oficina

Entity ID: _____

___ Public Housing

___ Parkside Apartments

___ Karabis Apartments

___ Truax PBV

___ Section 8 HCV

___ Section 8 PBV

Formulario para actualizar la información del solicitante

Envíe el formulario completo a: CDA Housing Operations, PO Box 1785, Madison, WI 53701-1785

Usted también puede registrarse para una cuenta y presentar novedades electrónicamente por medio del Portal de Solicitantes en:

<https://madisoncda.myhousing.com/Account/Login>

La Fecha de Hoy: _____

Nombre del Cabeza de Hogar: _____

Numero de Seguro Social del Cabeza de Hogar: _____

Yo certifico que los cambios proveídos en este formulario son verdaderos y completos a mi leal saber y entender.

***Firma del Cabeza de Hogar:** _____

AVISO: Sección 1001 de Titulo 18 del Código de los EE.UU. dicta que es una ofensa criminal hacer declaraciones o representaciones falsas a sabiendas a cualquier agencia del gobierno de los Estados Unidos acerca de cualquier asunto dentro de su jurisdicción. La Ley de Wisconsin Acta 173 hace que un fraude contra una autoridad de viviendas publicas es un crimen punible con una multa hasta \$10,000 y hasta dos años de encarcelamiento.

Cambio de Domicilio/Numero de Teléfono

Favor de informar del cambio a un domicilio nuevo dentro de 10 días laborales.

Datos Nuevos

Domicilio:

(Apto. #)

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Tel.: ()

Tel. Alternativo: ()

Domicilio donde usted reside (si es diferente al domicilio indicado en lo anterior):

(Apto. #)

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Cambio de Defensor

Por favor remueva mi defensor, yo ya no tengo uno.

Por favor actualice mi defensor, ahora trabajo con: **Nombre del defensor nuevo:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Cambios de su Ingreso

Favor de informar de cualquier cambio en los ingresos de todos miembros del hogar adultos dentro de 10 días laborales.

¿Que es el ingreso bruto mensual total de todas las personas incluidas en la solicitud? \$ _____ /mes.

Miembro de Hogar Adicional

Usted puede agregar un miembro de hogar usando esta sección:

| Miembros de Hogar (Nombre-Inicial-Apellido) | No. de Seguro Social (24 CFR 5.216) | Parentesco con el Cabeza de Hogar | Sexo (M / F) | Raza | Fecha de Nacimiento | ¿Estudiante? |
|--|--|--------------------------------------|-----------------|------|------------------------|---|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Se solicita Co-Cabeza de Hogar: No Si, nombre: _____

- Un Co-Cabeza de Hogar es un miembro de hogar adulto,
 - quien no es un cónyuge; y
 - quien igualmente es responsable por el alquiler.
- Se permite solamente un co-cabeza de hogar.

*** La firma del nuevo miembro de hogar adulto:**

Se solicita un Cabeza de Hogar nuevo: No Si, nombre: _____

Si el Cabeza de Hogar anterior permanecerá en la solicitud, ¿que parentesco tiene esta persona con el Cabeza de Hogar nuevo??

Co-Cabeza de Hogar Cónyuge Otro adulto

*** La firma del Cabeza de Hogar nuevo:**

Eliminar un Miembro de Hogar

Completando esta sección usted puede eliminar un miembro de hogar

| Miembros de Hogar (Nombre-Inicial-Apellido) | No. de Seguro Social (24 CFR 5.216) | Parentesco al Cabeza de Hogar |
|--|--|----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

***La firma del adulto eliminado de la solicitud:** _____

Si usted no puede obtener la firma del adulto que usted desea eliminar, favor de explicar la razón: _____