CONDADO DE KARNES
AVISO DE SOLICITUD – PROGRAMA DE INICIO

KARNES COUNTY está participando en el programa HOME a través del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas. Este programa permitirá al Condado rehabilitar/reconstruir varias casas para personas de bajos ingresos dentro del condado.

Usted **puede** calificar si usted:

- ¿Son el propietario y el ocupante de la casa a ser asistidos; y
- Su hogar se encuentra dentro del condado de Karnes; y
- No tener restricciones, gravamenes o gravámenes que restrinjan indebidamente el carácter bueno y comercializable de los intereses de propiedad; y
- No son morosos en los impuestos sobre la propiedad; y
- Tener un ingreso anual familiar inferior a los siguientes:

2021 INCOME LIMITS POR TAMAÑO FAMILIAR
PARA EL CONDADO DE KARNES (80% AMFI)

1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas	8 personas
37,450	42,800	48,150	53,500	57,800	62,100	66,350	70,650

Los formularios de solicitud están disponibles en KARNES COUNTY JUDGE WADE J. HEDTKE OFFICE ubicado en 101 NORTH PANNA MARIA AVENUE SUITE 101, KARNES CITY TEXAS. La asistencia para completar la solicitud está disponible y se recomienda. Será proporcionado por el Administrador de Subvenciones de la Ciudad, Langford Community Management Services. Llame a Karen Walker al 512-696-4056 o a Lacie Koska al 713-557-5957.

Debe proporcionar copias de los siguientes documentos para que su solicitud sea aceptada. Por favor, traiga estas cosas a la oficina del Juez Wade J. Hedtke:

- Un paquete de solicitud completado (recogida en la oficina de jueces y completo antes de dejarlo en la oficina de jueces)
- Prueba de propiedad de su casa (aed)
- Comprobante de ocupación (factura de servicios públicos o credencial de elector y licencia de conducir)
- Comprobante de impuestos a la propiedad pagados (Certificados tributarios) que muestran todos los impuestos pagados o prueba de un plan de pago aprobado si se deben impuestos)
- Comprobante de ingresos para todos los ocupantes de la vivienda mayores de 18 años (cheques de los últimos 3 meses o documentación vigente de organismos gubernamentales como la Administración del Seguro Social)
- Comprobante de activos (extractos bancarios para cuentas corrientes y cuentas de ahorro durante los últimos 6 meses, 401 K & Pólizas de Seguro de Vida.)

Las solicitudes solo se aceptarán cuando se complete y envíe toda la documentación requerida. Los solicitantes deberán dar permiso para la verificación de toda la información recibida.

EL CONDADO DE KARNES ES UN
ACCIÓN AFIRMATIVA/CIUDAD DE IGUALDAD DE
OPORTUNIDADES

EQUAL HOUSING
OPPORTUNITY

SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA HOME

A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR		
Nombre del Administrador: KARNES COUNTY		
Calle: 101 NORTH PANNA MARIA AVENUE SUITE 101		
Ciudad/Estado/Código postal: KARNES CITY	TEXAS 78118	**Condado:** KARNES

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE	
Nombre(s) del solicitante:	
Calle:	
Ciudad/Estado/Código postal:	**Condado:**
Correo electrónico:	**Teléfono particular:** ( ) - **Teléfono móvil:** ( ) -

C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR
(Incluir a todos los miembros del grupo familiar)

Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)	Parentesco con la Cabeza de familia	Fecha de Nacimiento	Género	Estado del estudiante FT = Tiempo completo PT = Tiempo parcial N/C=No corresponde	¿Recibe Ingresos ?	Marcar si es veterano(a)
1.	Cabeza de familia		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐
2.	☐ Cónyuge ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐
3.	☐ Cónyuge ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐
4.	☐ Cónyuge ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐
5.	☐ Cónyuge ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐
6.	☐ Cónyuge ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐
7.	☐ Cónyuge ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐
8.	☐ Cónyuge ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐
9.	☐ Cónyuge ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Yes ☐ No	☐

Información importante para ex miembros de los servicios militares. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo el Ejército, la Marina, los Marines, la Guardia de Costas, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas al https://veterans.portal.texas.gov/."

D. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (continuación)

1. ¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?
   ☐ No ☐ Sí, ¿quién?
2. ¿Algún miembro del grupo familiar mencionado anteriormente es un niño en cuidado sustituto?
   ☐ No ☐ Sí, ¿quién?
3. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar indicado anteriormente vive en la casa como acompañante
   ☐ No ☐ Sí, ¿quién?
4. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal?
   ☐ No ☐ Sí, ¿quién?

En caso afirmativo, indicar el motivo de la ausencia temporal:

5. ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses?
   ☐ No ☐ Sí, explique :

E. ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA RECIBIDA ANTERIORMENTE

(Enumerar cualquier otra asistencia para la vivienda provista a miembro del grupo familiar o recibida por él)

¿Esta propiedad se vio afectada por un desastre? ☐No ☐Si, ¿cuál desastre?

Fuente	Cantidad	Fecha de recepción	Razón
1. **FEMA**: Agencia de Administración de Emergencias Federal ☐No ☐ Sí ¿Si es por desastre, cual fue?	$		
2.**SBA:** Small Business Administration (Administración de pequeñas empresas) ☐ No ☐ Sí	$		
3.**Sección 8:** Desarrollo urbano y de viviendas ☐ No ☐ Sí	$		
4.**TBRA**: Programa de asistencia para el Inquilino ☐ No ☐ Sí	$		
5.**Seguro de propietario de vivienda** ☐ No ☐ Sí	$		
6.**Otro (describir):** ☐No ☐ Sí	$		

F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

1. ¿Alguien del grupo familiar presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado de TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario?
   ☐ No ☐ Sí

   Si la respuesta es afirmativa, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

   ¿Desempeña actualmente esa función? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario (tanto por lazos familiares como comerciales)? ☐ No ☐ Sí

   Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

   ¿Desempeña actualmente esa función? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

G. INFORMACIÓN SOBRE LA ENAJENACIÓN DE ACTIVOS

1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? *(si perdió el hogar debido a ejecución hipotecaria, bancarrota o divorcio, responda que no)*: ☐ No ☐ Sí, ¿quién?

Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):

2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de un hogar durante los últimos dos años? ☐ No ☐ Sí, ¿quién?

   ¿Es actualmente propietario? ☐ No En caso negativo: ¿Cuándo se enajenó?

   ☐ Sí En caso afirmativo: ¿Está alquilado? ☐ No ☐ Sí
   ¿Está vacío? ☐ No ☐ Sí
   ¿Está en proceso de venta? ☐ No ☐ Sí

H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Mencionar TODOS los ingresos de los miembros del grupo familiar, con excepción de los ingresos obtenidos del empleo de personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquier fuente esperados durante los próximos 12 meses			Cabeza de familia	cónyuge o Corresponsable	otros miembros adultos	Dependientes	Total
1.Salario N.° 1	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
2. Salario N.° 2	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
3. Pago de horas extras	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
4. Comisiones /Honorarios	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
5. Propinas y bonos	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
6. Ingreso temporal	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
7. Ingreso de las fuerzas armadas	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
8. Interés / Dividendos	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
9. Ingresos netos comerciales	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
10. Ingreso neto de alquiler	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
11. Seguro Social	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
12. Seguro adicional Ingreso	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
13. Pensión	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
14. Ingresos de retiro	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
15. Asistencia familiar u obsequios recurrentes	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
16. Beneficios de desempleo	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
17. Indemnización por accidentes laborales	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
18. Pensión alimenticia	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
19. Manutención del niño Marcar el tipo: Asignado por el tribunal Voluntario Anticipado	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
20. AFDC/TANF	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
21. Otro ingreso Describa:	☐ No	☐ Sí	$	$	$	$	$
					Ingreso Annual:		$

I. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEO ACTUAL

1. Nombre del integrante del grupo familiar:	Ocupación :	Teléfono laboral : ( ) -	
Nombre y dirección del empleador :	Ciudad :	Estado :	Código postal :

Fecha de contratación	Salario : $	Período de pago : ☐Por hora ☐Semanal ☐Quincenal (26) ☐Dos veces al mes (24) ☐Mensual ☐Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax: ( ) -

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL (continuación)

2. Nombre del integrante del grupo familiar:		**Ocupación:**	**Teléfono laboral:** ( ) -	
Nombre y dirección del empleador		**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**
Fecha de contratación:	**Salario:** $	**Período de pago :** ☐Por hora ☐Semanal ☐Quincenal (26) ☐Dos veces al mes (24) ☐Mensual ☐Anual Otro	**Horas trabajadas por semana:**	**Fax:** ( ) -
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		**Ocupación:**	**Teléfono laboral:** ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**
Fecha de contratación:	**Salario:** $	**Período de pago :** ☐Por hora ☐Semanal ☐Quincenal (26) ☐Dos veces al mes (24) ☐Mensual ☐Anual Otro	**Horas trabajadas por semana:**	**Fax:** ( ) -
4. Nombre del integrante del grupo familiar:		**Ocupación:**	**Teléfono laboral:** ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**
Fecha de contratación:	**Salario:** $	**Período de pago :** ☐Por hora ☐Semanal ☐Quincenal (26) ☐Dos veces al mes (24) ☐Mensual ☐Anual Otro	**Horas trabajadas por semana:**	**Fax:** ( ) -

J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (*), indique el importe que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), descontando las penalizaciones por retiro anticipado, importes usados para cancelar un saldo y los aranceles que puedan aplicarse a la conversión).

Identifique todas las fuentes de activos		Efectivo Valor	Ingreso de activo (Interés / Dividendos)	Nombre de la institución financiera	Número de cuenta:
1. Cuenta corriente N.° 1	☐No ☐Sí	$	$		
2. Cuenta corriente N.° 2	☐No ☐Sí	$	$		
3. Cuenta de ahorros N.° 1	☐No ☐Sí	$	$		
4. Cuenta de ahorros N.° 2	☐No ☐Sí	$	$		
5. Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito	☐No ☐Sí	$	$		
6. Acciones, bonos, fondos mutuos*	☐No ☐Sí	$	$		
7. Inmuebles/hogar*	☐No ☐Sí	$	$		
8. Bienes raíces / Tierra*	☐No ☐Sí	$	$		
9. Cuenta(s) IRA/Keogh*	☐No ☐Sí	$	$		
10. Fondo(s) de pensión / jubilación*	☐No ☐Sí	$	$		
11. Fondo(s) fiduciario(s)	☐No ☐Sí	$	$		
12. Pagaré hipotecario	☐No ☐Sí	$	$		
13. Seguro de vida entera*	☐No ☐Sí	$	$		
14. Bienes personales mantenidos como Inversión (gemas, monedas, etc.)	☐No ☐Sí	$	$		
15. Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.)	☐No ☐Sí	$	$		
16. Otro:	☐No ☐Sí	$	$		

K. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOBRE NECESIDADES ESPECIALES: El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) solicita esta información para cumplir con los requisitos de informe solicitados por el HUD. Aunque el TDHCA apreciaría recibir esta información, usted puede elegir no presentarla. No será discriminado debido a esta información, ni tampoco si decide presentarla o no. Si no desea presentar esta información, coloque sus iniciales a continuación.

_____ ***Iniciales del solicitante*** No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar.

Códigos del grupo étnico:

A - Hispano: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.

B – No hispano

Códigos de raza:
A- Blanco
B - Negro-afroamericano
C - Asiático
D - Indio americano/nativo de Alaska
Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico
F - Indio americano/nativo de Alaska/ blanco
G - Asiático/blanco
H - Negro/afroamericano/blanco
I - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericano
J - Otras razas múltiples

Códigos de necesidades especiales:
A - De la tercera edad
B - Persona con discapacidades*
C - Persona con VIH/SIDA
D - Persona con adicción al alcohol y/o drogas
E - Residente de Colonia
F – VAWA/víctima de violencia doméstica
G - Persona sin vivienda
H - Trabajador migratorio de granjas
I - Residente de vivienda pública
J - Víctima de desastre
K – Veterano
L - Combatiente herido
M - El dinero sigue a la persona

***Definición de discapacidad:** Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal actual o la adicción a una sustancia controlada.

	Código de origen étnico	Código de raza	Código(s) de necesidades especiales
1 (Cabeza)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del Programa HOME por el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre préstamos hipotecarios, empleo, activos, pasivos e ingresos. Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años deben firmar la Solicitud.

_____ _____ _____
Nombre en imprenta del solicitante Firma Fecha

_____ _____ _____
Nombre en imprenta del cosolicitante Firma Fecha

_____ _____ _____
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto: Firma Fecha

_____ _____ _____
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto: Firma Fecha

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. establece que realizar declaraciones falsas intencionales o la provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.

Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
Dirección física: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711
Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.state.tx.us Sitio web: www.tdhca.state.tx.us

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN	
Nombre del Administrador/Propietario/Administración:KARNES COUNTY	**Número de TDHCA:2020-0045**
Persona de contacto:JUDGE WADE J. HEDTKE	**Cargo de la persona de contacto:COUNTY JUDGE**
Domicilio:101 NORTH PANNA MARIA AVENUE SUITE 101, KARNES CITY	**Teléfono:830-780-3732**
Correo electrónico: justin.meyer@co.karnes.tx.us	**Fax:830-780-4538**

II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente:

Yo/nosotros _____, el/los que suscribe/suscriben, por el presente autorizo/autorizamos a todas las personas o compañías en las categorías que se mencionan a continuación a divulgar información sobre el empleo, ingreso y/o activos con el propósito de verificar la información en mi/nuestra solicitud para la participación en el Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés). Yo/nosotros autorizo/autorizamos la divulgación de la información sin responsabilidad alguna del administrador/propietario/administración que figuran anteriormente, y/o el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y/o el proveedor de servicios del Departamento.

INFORMACIÓN CUBIERTO

Yo/nosotros comprendo/comprendemos que puede necesitarse información anterior o actual sobre mí/nosotros. Las verificaciones y consultas que pueden solicitarse incluyen, pero no limitado/a: identidad personal, tipo de estudiante, empleo, ingreso, activos y subsidios médicos o para el cuidado de niños. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que esta autorización no puede usarse para obtener información sobre mí/nosotros que no se relacione con mi elegibilidad y la continuación en la participación del Programa de Vivienda Asequible del TDHCA.

GRUPOS O PERSONAS A QUIENES SE PUEDE CONSULTAR

Los grupos o personas a quienes se puede solicitar la divulgación de la información anterior incluyen, pero no limitado/a:

Empleadores actuales y presentes	Agencias de bienestar	Administraciones de veteranos
Proveedores de asistencia y manutención	Agencias estatales de desempleo	Sistemas de retiro
Instituciones educativas	Administración del Seguro Social	Proveedores de atención médica y cuidado de niños
Bancos y otras instituciones financieras	Proveedores de servicios públicos	Propietarios de viviendas anteriores
Agencias públicas de viviendas	Distritos de tasación	Operador de seguros

III. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo/nosotros acepto/aceptamos que puede usarse una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización se encuentra archivado y **permanecerá en vigencia por un año y un mes** desde la fecha de firma. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que yo/nosotros tengo/tenemos el derecho de revisar este archivo y corregir la información incorrecta.

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta del solicitante conjunto/residente	Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto	Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta del miembro adulto	Firma	Fecha

NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE UTILIZARSE PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. SI SE REQUIERE UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DEBE COMPLETARSE EL FORMULARIO 4506 DEL IRS, "SOLICITUD DE UNA COPIA DE UN FORMULARIO IMPOSITIVO" Y FIRMARSE POR SEPARADO.

CERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA PRINCIPAL

Asistencia de rehabilitación del propietario (HRA, por su sigla en

Administrador: KARNES COUNTY **Número de contrato/RSP: 2020-0045**

Nombre del beneficiario:

Dirección del proyecto:

Sección 1

Certificación de residencia principal ACTUAL del propietario

Esta sección se aplica solo a propietarios que **ACTUALMENTE** ocupan la vivienda para la que se solicita asistencia. Si el propietario ya no ocupa actualmente la vivienda, consulte la Sección 2.

El propietario por el presente certifica:

- El propietario es el dueño y **actualmente ocupa** la Dirección del Proyecto de referencia indicada como su residencia principal, tal como se comprueba con los documentos de respaldo provistos que verifican la dirección física;
- El propietario ocupará continuamente la Dirección del Proyecto como su residencia principal durante todo el período de accesibilidad requerido, de acuerdo con los requisitos del Programa de Asociación para la Inversión HOME (HOME);

Toda la información provista al Administrador y al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) es verdadera y correcta, y que toda discrepancia o declaración incorrecta puede resultar en la descalificación del Programa HOME.

Firma del propietario	Fecha	Firma del propietario	Fecha

Sección 2

Certificación de residencia principal DESOCUPADA del propietario

(Si el propietario ocupa actualmente la vivienda, consulte la Sección 1).

Esta sección es de aplicación solo para los propietarios que NO OCUPAN ACTUALMENTE la vivienda para la que se solicita asistencia porque se ha determinado que la vivienda no es habitable.

- Reglas de 2010: la imposibilidad de habitar debe estar causada por un desastre o condena del gobierno local;
- Reglas de 2012: la imposibilidad de habitar también puede estar causada por inquietudes de salud y seguridad documentadas por el gobierno local.

El propietario por el presente certifica:

- *El propietario es el dueño de la Dirección del Proyecto de referencia indicada como su residencia principal pero no ocupa actualmente la vivienda debido a su condición de inhabitable que resultó de:*
  - ☐ La vivienda fue destruida por un incendio o desastre natural el _____(fecha);
    ¿La destrucción fue causada por un desastre declarado por el gobierno estatal o federal? Yes No
    En caso afirmativo, ¿el propietario recibió asistencia para la reparación de la vivienda de otra fuente (incluido el seguro del propietario, FEMA, SBA, etc.)? ☐ Yes ☐ No
  - ☐ La vivienda fue condenada por el gobierno local el _____ (fecha);
  - ☐ El gobierno local determinó que la vivienda constituye una amenaza a la salud y la seguridad _____ (solo Reglas de 2012) el (fecha);
- A partir de la fecha en que se determinó que la vivienda no es habitable, la Dirección del Proyecto fue la residencia y vivienda principal del propietario, tal como se comprueba por la excepción para vivienda emitida por la autoridad impositiva;

(continúa en la página 2)

- A partir de la fecha en que se determinó que la vivienda no es habitable, la Dirección del Proyecto fue la residencia y vivienda principal del propietario, tal como se comprueba por la excepción para vivienda emitida por la autoridad impositiva;
- El propietario ocupará continuamente la Dirección del Proyecto de reciente construcción como su residencia principal durante todo el período de accesibilidad requerido, de acuerdo con los requisitos del Programa de Asociación para la Inversión HOME (HOME);
- Confirma que la aceptación de la asistencia del Programa HOME resultará en la aplicación de un embargo sobre la Dirección del Proyecto en favor del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés);

Toda la información provista al Administrador y al TDHCA es verdadera y correcta, y que toda discrepancia o declaración incorrecta puede resultar en la descalificación del Programa HOME.

_____ _____ _____ _____

Firma del propietario Fecha Firma del propietario Fecha

Sección 3

Certificación del Administrador

El Administrador por el presente certifica que toda la documentación provista por el propietario de referencia anterior ha sido examinada y se ha determinado que el propietario es elegible para participar en el Programa HOME

_____ _____

Firma del Administrador Fecha