

**FARM LABOR HOUSING APPLICATION**  
**HOUSING AUTHORITY of the COUNTY of BUTTE**  
**850 GRIDLEY RD. GRIDLEY, CA 95948 (530) 846-3640 (800) 564-2999**  
**TDD RELAY (800) 735-2929**

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>
<b>DATE RECEIVED:</b>
<b>TIME RECEIVED:</b>

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>
<b>DATE COMPLETED:</b>
<b>TIME COMPLETED:</b>

**POR FAVOR OBSERVE:** Porfavor llene cada espacio en blanco. Aplicaciones que no esten completas no tendran prioridad en la lista de espera. Esta informacion es necesaria para determinar si califica para este programa solamente.

**NO USE LAPIZ**

**ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE POR FAVOR. USE TINTA NEGRA O AZUL. APLICACIONES QUE SON ENVIADAS POR FAX NO SERAN ACEPTADAS.**

<b>NOMBRE DEL APLICANTE (CABEZA DE LA FAMILIA)</b>			
<b>DIRECCION DOMICILIAR:</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>
<b>DIRECCION POSTAL (Si es diferente que su direccion domiciliar)</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>
<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	<b>NUMERO PERA MENSAJES</b>		
<b>Numero de Seguro Social (Cabeza de la Familia)</b>	<b>Alien # (Cabeza de la Familia)</b>		
<b>Numero de Seguro Social (Co-Cabeza de la Familia)</b>	<b>Alien # (Co-Cabeza de la Familia)</b>		

**MIEMBROS DE LA FAMILIA:** Haga una lista abajo de todas las personas que viviran en la propiedad (incluyendo la Cabeza de la Familia)

Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Lugar de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Parentesco con la Cabeza de la Familia



*"The Housing Authority of the County of Butte is an Equal Opportunity Employer and Housing Provider"*




Paga por cuidado de niño para que trabaje? SI  NO  Si marco si, Cuanto \$ \_\_\_\_\_  
 Por semana/mes (circule uno)

Desea usted reclamar su rebaja de \$400.00 de su ingreso basado a su condicion discapacitante? SI  NO   
 Desea usted tener una vivienda con diseños especiales para personas con incapacidades? SI  NO   
 Desea usted tener cualquier tipo de adaptación razonable en la vivienda ? SI  NO   
 Espera usted un cambio en la composicion de su familia? SI  NO

**TRABAJOS DE AGRICULTURA SOLAMENTE TODOS LOS INGRESOS GANADOS**

Persona Recibiendo los Ingresos	Nombre, Direccion & Numero de Telefono del Patron	Tipo de Trabajo	Cantidad que Recibio	Semanal	Mensual	Anual

**TRABAJOS QUE NO SON DE AGRICULTURA TODOS LOS INGRESOS GANADOS**

Persona Recibiendo los Ingresos	Nombre, Direccion & Numero de Telefono del Patron	Tipo de Trabajo	Cantidad que Recibio	Semanal	Mensual	Anual



*"The Housing Authority of the County of Butte is an Equal Opportunity Employer and Housing Provider"*



## OTRO TIPO DE INGRESO QUE NO ES DE AGRICULTURA RECIBIDO

Nombre de la Persona Recibiendo el Ingreso	Fuente de Ingreso	Cantidad de Ingresos Recibidos	Semanal	Mensual	Anual
	DESEMPLEO				
	SEGURO SOCIAL/ SSI				
	ASISTENCIA PUBLICA / TANF				
	PENSION				
	CHILD SUPPORT/ SUBSIDIO DE MENORES				
	PENSION ALIMENTICIA				
	TODO INGRESO POR INTERESES/ DIVIDENDOS				

### BIENES Y DERECHOS:

#### PAGOS UNICOS

Usted o un familiar recibio o espera recibir cualquier pago unico como:

Seguro Social/SSI SI  NO

Herencias SI  NO

Ganacias de Loteria, Bingo, Casino YES  NO

Acuerdos de Seguridad (Salud, Accidente, Indemnización del Trabajador.) YES  NO

Capital de Ganacias, Dividendos YES  NO

Cualquier otro tipo de pagos unicos que no este indicado SI  NO

Si marco si, Nombre y Direccion del Fuente \_\_\_\_\_

Cuando recibio o espera recibir \_\_\_\_\_

### CUENTAS DE BANCO:

TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO	# DE LA CUENTA	BALANCE
CHEQUERA			
AHORROS			
FONDO FIDUCIARIO			



*"The Housing Authority of the County of Butte is an Equal Opportunity Employer and Housing Provider"*



CD'S			
INVENTARIOS			
CERTIFICADOS DE INVERSION			

### ALQUILER HISTORIAL

**Por favor llene el formulario que esta adherido a esta aplicacion.** Nosotros reservamos el derecho de negar cualquier aplicacion si no podemos verificar su alquiler historial despues de un esfuerzo bueno.

Usted o alguien en su familia ha sido inquilino de cualquier propiedad del Housing Authority o cualquier otro programa federal? SI  NO  Si marco si, Nombre \_\_\_\_\_

Usted o alguien en su familia ha dejado una vivienda que estaban rentando debiendo renta, o han sido desalojados? SI  NO  Si marco si, Nombre \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES CRIMINALES

Usted o cualquier otra persona que va vivir en la vivienda ha sido condenado de un crimen: Incluyendo pero no limitado, actividades violentos o de droga, el uso o distribucion de drogas ilícitas? SI  NO   
Si marco si, Por favor explique el crimen: \_\_\_\_\_

Usted o un miembro de su familia ha sido condenado por fabricar o distribuir drogas ilícitas? SI  NO

Si marco si en cualquiera de las dos preguntas anteriores, la persona condenada ha estado en un programa de rehabilitación o esta en un programa de rehabilitacion? SI  NO

Hay cualquier miembro de la familia que necesita registrarse como un transgresor sexual? SI  NO   
Si marco si, cual miembro \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado donde la ofensa ocurrio:  
\_\_\_\_\_



**APLICANTE:** Yo verifico y tengo el conocimiento que la informacion de arriba es verdadera y completa. **Yo no he omitido, distorcionado, o retenido hechos perteneciente al ingreso de la familia o personas ocupando la vivienda. Yo intiendo que es mi responsabilidad reportar a la Housing Authority, cualquier cambio en el ingreso, bienes y hechos, y el numero de personas en la vivienda, cuando quiera que ocurran. Estoy consiente de los programas de vivienda y los requisitos y prohibiciones.**

Advertencia: Seccion 1001 de Titlo 18, Estados Unidos codigo ofrece: “A quien de alguna manera en la jurisdicción de un departamento o agencia de los Estados Unidos con pleno conocimiento y intencionalmente falsifica, esconde o oculta hechos materiales, o hace o usa cualquier escritura falsa, o declaraciones o representaciones fraudulentas, o hace o usa escrituras o documentos falsos sabiendo que contienen falsas y fraudulentas declaraciones, sera multado no mas de \$10,000 o preso no mas de 5 años o ambos.

**TODOS LOS ADULTOS DE LA FAMILIA NECESITAN FIRMAR ABAJO**

\_\_\_\_\_  
Firma de la Cabeza de la Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Co-Cabeza de la Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha



*“The Housing Authority of the County of Butte is an Equal Opportunity Employer and Housing Provider”*



La informacion relativo a raza, origen étnico, y designacion de sexo solicitada por esta aplicacion es solicitada para asegurar al Gobierno Federal, actuando por el Rural Housing Service que las leyes Federales prohíben la discriminacion contra aplicaciones de inquilino a base de raza, color, origen nacional, religion, sexo, estatus familiar, edad, y incapacidad. Usted no esta exigido a dar esta informacion, pero se le anima hacerlo. Esta informacion no sera usada para evaluar su aplicacion o para discriminar contra usted de alguna manera. Sin embargo, si usted elige no dar esta informacion, el dueño necesita apuntar la raza, origen etnico, y sexo de cada aplicante a base de observacion visual o apellido.

**ORIGEN ETNICO:**

Hispano or Latino \_\_\_\_\_

No Hispano o Latino \_\_\_\_\_

**RAZA:** (Marca uno o mas)

1. Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_
2. Asiatico \_\_\_\_\_
3. Negro o Afroamericano \_\_\_\_\_
4. Nativo Hawaiano o Otro Isleño del Pacífico \_\_\_\_\_
5. Blanco \_\_\_\_\_

**GENERO:**

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_





**HOUSING AUTHORITY**  
of the **COUNTY OF BUTTE**  
850 E. Gridley Road, Gridley CA 95948

(530) 846-3640  
FAX (530) 846-0258

TDD RELAY (800) 735-2929

## INFORMATION RELEASE AUTHORIZATION

The individual(s) listed below has applied for Farm Labor Housing or is receiving rental subsidy.

PRINTED NAME	PRINTED NAME
XXX-XX-	XXX-XX-
SOCIAL SECURITY NUMBER	SOCIAL SECURITY NUMBER

In order to determine eligibility for, or continue receiving rental subsidy the Housing Authority of the County of Butte is required by USDA Rural Development to verify information from one or all of the following sources, for each adult applying for housing assistance:

- ❖ Financial Institutions
- ❖ Social Security Administration
- ❖ TANF
- ❖ Employers
- ❖ Child Care Providers
- ❖ Credit Bureaus
- ❖ Landlords/Property Management Companies
- ❖ Police/Parole/probation authorities or any other entity or agency, which maintains or has access to records of criminal arrests and convictions

I/We do hereby authorize the Housing Authority or the County of Butte to obtain any information or materials deemed necessary to determine my eligibility for residency.

Tenant/Applicant	Tenant/Applicant
Date	Date



The Housing Authority of the County of Butte is an Equal Opportunity Employer and Housing Provider



**HOUSING AUTHORITY of the COUNTY of BUTTE  
FARM LABOR HOUSING  
850 GRIDLEY RD. GRIDLEY CA 95948  
PHONE (530) 846-3640 (800) 564-2999 TDD RELAY (800) 735-2929**

**In order to process your application and put you on the waiting list we need 2 Landlord References. Please complete the following:**

Landlord: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Address of Unit Rented: \_\_\_\_\_

Dates of Occupancy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ To: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Landlord: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Address of Unit Rented: \_\_\_\_\_

Dates of Occupancy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ To: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_