

**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS  
SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN**

La participación en el programa de Asistencia para la Renta Basado en el Inquilino de TDHCA requiere la determinación de un ingreso ajustado para calcular la cantidad que de la asistencia de subsidio a su hogar puede ser elegible. El ingreso ajustado también se utiliza para determinar el inquilino paga el alquiler de una casa requiere identificado como sobre la renta a la recertificación en un desarrollo casa en alquiler. La información divulgada en este formulario solo se utilizará para determinar las deducciones elegibles. Si no comprende alguna pregunta, por favor contacte al Administrador, al Propietario o a la Administración.

**Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente:** \_\_\_\_\_

**A. DEDUCCIÓN POR DEPENDIENTES (algunos miembros del hogar no son elegibles para esta deducción, independientemente de la edad, discapacidad o tipo de estudiante: cabeza del hogar, cónyuge, corresponsable, niño adoptado, niño no nacido, niño que aún no se incorporó a la familia, asistente con vivienda).**

- ¿La casa consta de un miembro de la familia menores de 18 años?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
- ¿La casa consta de un miembro de la familia con discapacidad?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
- ¿La casa consta de un familiar quien es un estudiante de tiempo completo?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**B. DESCUENTO POR GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS**

- ¿Es el hogar pagar por el cuidado de los niños de 12 años de edad o bajo?  No  Sí. ¿De quién? \_\_\_\_\_
- Si así es, por favor conteste lo siguiente:
- ¿El cuidado del niño permite al miembro adulto de la familia...? (marcar según corresponda)  Buscar empleo  Tener un empleo rentable  Continuar con su educación (académica o vocacional)  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
  - ¿Algún miembro de la familia puede proporcionar cuidados durante las horas que se requiere el cuidado?  No  Sí
  - ¿El cuidado de niños es provisto por un miembro de la familia?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
  - ¿El grupo familiar recibe un reembolso de unas agencias externas o individuales?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**C. DEDUCCIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD**

- ¿El hogar paga por el cuidado de asistentes y/o un aparato auxiliar?  No  Sí. ¿De quién? \_\_\_\_\_
- Si así es, por favor conteste lo siguiente:
- ¿El cuidado y/o el uso de un aparato auxiliar permiten trabajar a un miembro adulto del grupo familiar?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
  - ¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia yo/ persona por estos costos?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
  - Identificar el tipo de cuidado y/o aparato que se paga: \_\_\_\_\_

**D. DEDUCCIÓN POR FAMILIAR DE LA TERCERA EDAD O DISCAPACITADO**

- ¿La cabeza de la familia, cónyuge o corresponsable es mayor de 62 años?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
- ¿La cabeza de la familia, cónyuge o corresponsable presenta una discapacidad?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**E. DEDUCCIÓN POR GASTOS MÉDICOS (si su hogar es elegible para la deducción que figura en "D" entonces los gastos médicos de TODOS los miembros del grupo familiar pueden ser elegibles para la deducción)**

| Identificar los siguientes gastos médicos   | Costos anuales estimados | ¿Se puede proporcionar asistencia para los gastos?      |
|---|--------------------------|---|
| Medicare <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                              |                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Copagos por visitas médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí           |                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Costos de medicamentos recetados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí      |                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Costos por deducciones médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí        |                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Costos de medicamentos de venta libre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                 |                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia yo/ persona por alguno de estos costos?  No  Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿El grupo familiar tuvo algún gasto médico único, no recurrente?  No  Sí. Explicar. \_\_\_\_\_

**F. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/RESIDENTE**

**Certifico que la información anterior es verdadera y correcta,**

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente

Firma

Fecha

**Advertencia: La sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito hacer declaraciones falsas o fraudulentas en forma premeditada a cualquier departamento o agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.**