

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

La participación en el programa de Asistencia con el Alquiler para Inquilinos del TDHCA exige la determinación de ingresos ajustados para calcular el monto de la asistencia mediante subsidios para el que pueda ser elegible su grupo familiar. Los ingresos ajustados también se utilizan para determinar el alquiler exigido pagado por inquilinos de un grupo familiar identificado como ingresos excedentes en la recertificación de una urbanización con alquileres bajo el Programa HOME. La información divulgada en este formulario solo se utilizará para determinar las deducciones elegibles. Si no comprende alguna pregunta, comuníquese con administrador, el propietario o la administración.

Nombre del solicitante o residente: _____

A. DEDUCCIÓN POR DEPENDIENTES (algunos miembros del grupo familiar no pueden calificar para esta deducción, independientemente de la edad, discapacidad o tipo de estudiante: cabeza de grupo familiar, cónyuge, corresponsable, menor en cuidado sustituto, nonato, menor que aún no se incorpora a la familia o un acompañante).

¿El grupo familiar incluye algún miembro menor de 18 años? NO SÍ, ¿quién? _____
 ¿El grupo familiar incluye algún miembro con discapacidades? NO SÍ, ¿quién? _____
 ¿El grupo familiar incluye algún miembro que sea estudiante a tiempo completo? NO SÍ, ¿quién? _____

B. DEDUCCIÓN POR GASTOS DE CUIDADO INFANTIL

¿El grupo familiar paga por el cuidado de niños de 12 años o menores? NO SÍ, ¿para quién? _____
 Si la respuesta es SÍ, responda las siguientes preguntas:
 1. ¿El cuidado infantil permite que un miembro adulto del grupo familiar (marque una opción) tenga un empleo remunerado **O** continúe su educación (académica o vocacional)? NO SÍ, ¿quién? _____
 2. ¿Algún miembro del grupo familiar puede proporcionar cuidados durante las horas que se requiere el cuidado? [-] NO [-] SÍ
 3. ¿El cuidado infantil es provisto por un miembro del grupo familiar? NO SÍ, ¿quién? _____
 4. ¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia o persona externa? NO SÍ, ¿quién? _____

C. DEDUCCIÓN DE GASTOS DE ATENCIÓN ASISTIDA Y APARATOS AUXILIARES

¿El hogar paga por atención asistida y/o un aparato auxiliar? NO SÍ, ¿para quién? _____
 Si la respuesta es SÍ, responda las siguientes preguntas:
 1. ¿La atención y/o el uso de un aparato auxiliar le permiten trabajar a un miembro adulto del grupo familiar? NO SÍ, ¿quién? _____
 2. ¿El grupo familiar recibe un reembolso de una agencia y/o persona por estos costos? NO SÍ, ¿quién? _____
 3. Identifique el tipo de atención y/o aparato por los que se paga: _____

D. DEDUCCIÓN POR FAMILIARES DE LA TERCERA EDAD O DISCAPACITADOS

¿La cabeza del grupo familiar, cónyuge o corresponsable es mayor de 62 años? NO SÍ, ¿quién? _____
 ¿La cabeza del grupo familiar, cónyuge o corresponsable presenta una discapacidad? NO SÍ, ¿quién? _____

E. DEDUCCIÓN POR GASTOS MÉDICOS Y ATENCIÓN MÉDICA (si su grupo familiar califica para la deducción que figura en "D", entonces los gastos médicos de TODOS los miembros del grupo familiar pueden ser elegibles para la deducción)

¿Identifica alguno de 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 por 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 por 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 y/o persona por cualquiera de estos costos? NO SÍ, ¿quién? _____
 ¿El grupo familiar tuvo algún gasto médico por única vez no recurrente? NO SÍ, explique _____

F. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE O RESIDENTE

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta,

Nombre en letra de imprenta del solicitante o residente

Firma

Fecha

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