



**Aplicación Preliminar Formulario de actualización
Housing Choice Voucher (HCV) Program**

(Adjunte hojas adicionales de papel, si es necesario, reportar todos los cambios de uso doméstico o correcciones.)

Sección A: Cabeza de familia (HOH) INFORMACIÓN

Apellido	Primer Nombre	Número de Seguro Social (SSN) o Número de Registro de Extranjero (ARN)
----------	---------------	---

Aplicación Preliminar número de confirmación

Sección B: Marque la casilla junto AL TIPO DE CAMBIO (S) y proporcionar ACTUALIZADO INFORMACIÓN / CORRECCIONES

<input type="checkbox"/>	Cambiar en nombre HOH	Apellido	Primer Nombre
--------------------------	-----------------------	----------	---------------

<input type="checkbox"/>	Cambiar de Dirección	Dirección	Apartamento No.	
		Ciudad	Estado	Código postal

<input type="checkbox"/>	Cambio de Contacto Información	Nuevo número de teléfono: _____ () _____
		Nueva dirección de correo electrónico: _____

<input type="checkbox"/>	Cambiar en Ingresos	Total de Ingreso Bruto Mensual de la Familia: \$ _____
--------------------------	---------------------	--

<input type="checkbox"/>	Cambiar en Bienes	De familiares Total Activo: \$ _____
--------------------------	-------------------	--------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Cambio en el Empleo
--------------------------	---------------------

Nombre (Apellido, Nombre)	Fecha de nacimiento	Relación a HOH	Empleador (Nombre, teléfono, ciudad, estado, código postal)	Eficaz Fecha del cambio

Sección C: AGREGAR o QUITAR MIEMBRO DE LA FAMILIA (S)

Marque uno	Apellido	Primer Nombre	SSN o ARN	Fecha de nacimiento	Relación a HOH	Sexo (Marque uno)
Añadir <input type="checkbox"/>						M <input type="checkbox"/>
Eliminar <input type="checkbox"/>						F <input type="checkbox"/>
Añadir <input type="checkbox"/>						M <input type="checkbox"/>
Eliminar <input type="checkbox"/>						F <input type="checkbox"/>
Añadir <input type="checkbox"/>						M <input type="checkbox"/>
Eliminar <input type="checkbox"/>						F <input type="checkbox"/>

Sección D: AGREGAR o QUITAR OPCIONAL PERSONA de CONTACTO o ORGANIZACIÓN

Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/>	Nombre de la persona u organización										
	Dirección Calle (incluyendo Apt. O Suite No.), ciudad, estado, código postal										
	Teléfono no.	Teléfono celular No.									
	Relación con el solicitante										
	Código de razón (marque lo que corresponda) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación	<input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento	<input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara	<input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación										
<input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento										
<input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara										
<input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad	<input type="checkbox"/> Otro _____										
<input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta											

Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/>	Nombre de la persona u organización										
	Dirección Calle (incluyendo Apt. O Suite No.), ciudad, estado, código postal										
	Teléfono no.	Teléfono celular No.									
	Relación con el solicitante										
	Código de razón (marque lo que corresponda) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación	<input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento	<input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara	<input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación										
<input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento										
<input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara										
<input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad	<input type="checkbox"/> Otro _____										
<input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta											

Sección E: FIRMA

Jefe de Firma de Hogares: _____ Dat: _____

Formulario de devolución por correo: Georgia Department of Community Affairs
P. O. Box 957929
Duluth, GA 30095

Exclusivamente para uso oficial	Client Number	Date	Staff
--	---------------	------	-------