

CIUDAD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE HUNGTINGTON

1-A LOWNDES AVENUE ● HUNTINGTON STATION, NY 11746 ●

TELÉFONO 631-427-6220 ● FAX 631-427-6288

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE APOYO INFANTIL

A QUIEN LE INTERESE,

LA AGENCIA / EMPLEADOR O PERSONA QUE PROPORCIONA INGRESOS DEBE VERIFICAR EL

INGRESOS DE CADA SOLICITANTE DE INQUILINO ADULTO. PARTICIPACIÓN EN EL

EL PROGRAMA SE LIMITA A LOS INGRESOS DE LAS FAMILIAS ELEGIBLES Y EL ALQUILER SE BASA EN UN

PORCENTAJE DE INGRESOS BRUTOS. POR FAVOR PROPORCIONE EL SOLICITADO

INFORMACIÓN LO ANTES POSIBLE. A CONTINUACIÓN ES UNA AUTORIZACIÓN FIRMADA PARA

DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A LA AUTORIDAD DE VIVIENDA. GRACIAS POR

TU COOPERACIÓN.

SINCERAMENTE,

EL HHA

POR LA PRESENTE LIBERO A LA CIUDAD DE HUNTINGTON HOUSING AUTHORITY ALL

INFORMACIÓN RELATIVA A MI INGRESO.

DOCKET #: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO (RENS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONDEDOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INQUILINO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL INQUILINO: \_\_\_\_\_

SEGURIDAD SOCIAL #: \_\_\_\_\_

PARA OFICINA DE APOYO DE APOYO INFANTIL SOLO PARA USO

CANTIDAD BRUTA: \$ \_\_\_\_\_

ESTA CANTIDAD SE PAGA (MARQUE UNO): \_\_\_\_\_ SEMANAL \_\_\_\_\_ BI-SEMANAL

\_\_\_\_\_ SEMIMENSUAL \_\_\_\_\_ MENSUAL

FECHA EFECTIVA: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ EL ENTREVISTADO ACTUALMENTE EN ATRASOS?: SÍ / NO

Si es así, ¿cuánto? PS

FIRMA DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_