

ATTENTION CLIENTS SUBMITTING A CHANGE FORM

Your change form will be rejected and returned if no supporting documentation is attached and all forms are not signed and filled out completely. If you are unable to provide supporting documentation you must indicate that on back of form or on separate sheet.

If you are faxing this change form it must be faxed to customer service only. **The fax numbers are (813) 471-3435 or (813) 471-3399.** Please make sure both sides are faxed.

**** Please note that it can take 30-45 days to process an interim change or longer if supporting documentation is not attached.

WHAT TO SUBMIT AS ACCEPTABLE DOCUMENTATION

New Employment: Please provide a letter of hire that provides hours worked and rate of pay or paystubs. If you are unable to provide either one then please provide employer contact information that includes address, phone number, fax number and contact person.

Self- Employment: provide last year's tax return or notarized statement of self-employment. If submitting a notarized statement of self-employment, please provide a ledger that shows income received and expenses paid. Receipts should also be submitted.

Loss of Employment: provide letter from employer that includes, name, address, phone and last day worked or employer contact information.

Childcare: Please provide a written statement from the child care provider indicating child's name, amount received and frequency (weekly, bi-weekly, and monthly). Statement must include providers' contact information.

Unemployment: Please provide current award letter.

Contributions: A statement with the amount of financial assistance you receive on a monthly basis. This includes any expenses that are paid on your behalf. (All statements of contributions must be notarized and provide contributor contact information). A Zero Income form should be filled out completely and returned with contribution statement.

Zero Income Declaration Form: Please complete form leaving no blanks and submit with supporting documentation such as utility bills, receipts, and letter from contributor if any.

Verification of Live-in aide or caregiver: Please provide a note or letter from doctor. Once information is received we will follow up by sending your doctor a form to fill out.

Verification of SSI/SSA/SSD/AFDC: Current award letter.

Child support: Please provide a printout of payments received in the last 30 to 90 days and/or statement that includes case number(s). If this is a statement of direct paid child support, please provide a notarized statement reflecting the payments made, how often, and contact information.

Verification of full or part-time student: Please provide student schedule and award summary of financial aid assistance or letter from institution indicating full or part time status.

Removing person from household: Please provide proof that household member is no longer part of the household, such as utility bills or lease. If you are unable to provide this information, you must provide a notarized statement as to when household member was removed and provide forwarding address if possible. Landlord must be informed.

Adding members to household: Tampa Housing does not approve additions unless it is by birth, marriage, adoption or court-awarded custody. The owner and Tampa Housing MUST approve. Please provide landlord approval letter, birth certificates, social security cards, and Photo I.D.

Custody: You must provide documentation from the court or agency proving legal custody of minor child. A notarized statement is **not** acceptable proof of custody.

Other Change: Any other change must have documentation attached to the form.

Sección 8 Cambio Forma



Por favor complete todo el formulario. Por favor ponga N/A (no aplicable) fueron no se aplica.

Nombre: _____ últimos cuatro dígitos de SS # _____

Teléfono: casa: _____ Trabajo: _____ celular: _____

Dirección actual: _____

Estimado cliente o solicitante:

Todos los cambios en los formularios de certificación de las aplicaciones deben hacerse por escrito. La información siguiente es necesaria sólo si ha habido un cambio en su dirección, tamaño de la familia, ingresos, actual vivienda, situación, etc.. Si eres un 8 sección residentes es su responsabilidad de conformidad con la política de sección 8, para informar todos los cambios en los ingresos y tamaño de la familia a la autoridad de vivienda, en persona, dentro de los 10 diez días de la fecha del cambio producido. No hacerlo, podría resultar en la terminación de la asistencia de la sección 8. Si la información no ha sido reportada oportuna, puede haberse producido un exceso y se le puede pedir a la autoridad de vivienda de rembolsar.

CLIENTE ES RESPONSABLE DE PARTE DE ALQUILER HASTA QUE SE ENVÍA UN AVISO A LA CASA.

Debe suministrar documentación para cada cambio que se está informando. Error al proporcionar documentación dará como resultado el cambio no se está procesando.

Cada casilla de verificación si procede: Nombre del Consejero: _____ fecha recibida por Consejero _____

Ha cambiado mi dirección de correo . Mi nueva dirección es:

El tamaño de mi familia ha cambiado. Mi nuevo tamaño familiar es como sigue:

Apellido, nombre	MI	Relación	Sexo	Edad	SS#	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza

Si está eliminando un miembro de la familia de la casa por favor explicar por qué. _____

DEBE proporcionar documentación probando a un miembro del hogar dejó el hogar. (Arrendamiento, recibo, factura de cable, licencia de conducir, etc.)

Por favor complete ambos lados de la forma de cambio.

TODA LA INFORMACIÓN RELATIVA AL CAMBIO DE INGRESOS DEBE SER PROPORCIONADO, VERDADERA Y CORRECTA.

- Mis ingresos totales de la familia ha cambiado. Mi nueva familia ingreso Total es (incluyen empleo, apoyo de niño, TANF, Seguridad Social, SSI, jubilación, desempleo y cualquier otro ingreso):

REQUIERE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Antiguo empleador: _____ teléfono: _____ última fecha de trabajo: _____

Dirección: _____ tasa salarial: _____ (cada hora)

Razón para dejar el empleo: _____

Nuevo empleador: _____ teléfono: _____ contratar fecha: _____

Dirección: _____ tasa salarial: _____ (Por hora)

Horas por semana: _____ pagado: (Marque uno) diario semanal bisemanal mensual

OTROS INGRESOS

Otros cambios en los ingresos: _____

Eficaz Cuando: _____ Cantidad: _____

Con qué frecuencia: _____ Comentarios: _____

Son informes de cero ingresos? Sí No si sí, debe completar un *Cero formulario de declaración de renta*. Solicite uno de la recepcionista.
Una cita mensual para todos los clientes de ingresos cero es necesaria mostrar cómo la familia está cumpliendo sus obligaciones financieras.
Se requieren facturas y recibos.

- Ha cambiado mi proveedor de cuidado de niños.

Nombre del proveedor: _____ teléfono: _____ importe pagado: _____

Dirección: _____ pagado: (Marque uno) diario semanal bisemanal mensual

- Mi situación de vivienda ha cambiado. Es mi nueva situación de la vivienda: (otros comentarios que desee colocar en esta área)

- De \$ _____ alquiler mensual pagar las siguientes utilidades:

Advertencia: Sección 1001 del título XVIII del código de Estados Unidos hace una ofensa criminal que voluntariosa declaraciones falsas o tergiversaciones a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos como a cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

Certifico que la información anterior es correcta, verdadera y completa y entiendo que cualquier tergiversación será motivo de denegación o terminación con los programas de la sección 8. Entiendo que será obligado a rembolsar la THA cualquier subvención y dinero recibido por falsedad y fraude contra el programa.

Firma: _____ Fecha: _____

Revisado el 06/12



BOARD OF COMMISSIONERS

Susan Johnson-Velez
Chair

Ben Wacksman
Vice Chair

James A. Cloar

Hazel S. Harvey

Billi Johnson-Griffin

Rubin E. Padgett

Bemetra L. Simmons

Jerome D. Ryans
President/CEO

5301 West Cypress Street
Tampa, Florida 33607

P. O. Box 4766
Tampa, Florida 33677

OFFICE: (813) 253-0551

www.thafl.com

AUTHORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Propósito: El Departamento de la Vivienda de la ciudad de Tampa y el Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano de E.U. pueden utilizar esta autorización y la información obtenida para administrar y hacer cumplir las reglas y regulaciones que rigen sus programas de vivienda.

Autorización: Autorizo que se divulgue cualquier información (incluyendo documentación y otros materiales) pertinentes a la elegibilidad o participación bajo cualquiera de los siguientes programas: Vivienda Pública y Sección 8 (Programa de Asistencia de Vivienda).

Autorizo a las agencias mencionadas anteriormente a que obtengan mi información o información sobre mi familia, la cual sea pertinente para la elegibilidad o participación de los programas de asistencia.

*** Información a la que se refiere:** Las preguntas pueden ser acerca de los siguiente: Los gastos de cuidado infantil, historial de crédito, antecedentes penales, la composición de la Familia, el empleo, los ingresos, las pensiones y los activos, beneficios federales, estatales o locales, gastos de asistencia para discapacitados, identidad y estado civil, los gastos médicos, los números de Seguro Social, residencias, Historial de Vivienda y utilidades.

Individuos, Organizaciones o Agencias que pueden revelar información
Organizaciones o agencias que pueden suplir o divulgar información: cualquier persona, organización o agencia incluyendo cualquier agencia gubernamental puede pedírsele a divulgar información. Por ejemplo, puede solicitarse información de: Banco u otra institución financiera, crédito, asistencia para discapacitados, atención médica y pensiones/rentas vitalicias; Las escuelas y colegios, refugios, Administración de Seguro Social de Estados Unidos, US Departamento de Veteranos, agencias de desempleo, empresas de servicio de utilidades, agencias de Servicio Social sin fines de lucro y agencias de bienestar.

Aviso y Consentimiento para la Comparación de Información: Estoy de acuerdo en que las agencias mencionadas anteriormente podrán; utilizando programas de computadora u otros equipos, llevar a cabo comparaciones con otras agencias gubernamentales incluyendo: Agencias federales, estatales o locales. Las agencias gubernamentales incluyen: Oficina de administración de personal de E.U, Administración de Seguro Social de E.U., Departamento de Defensa, Servicio Postal de E.U., las agencias de seguridad de empleo del estado, Departamento de la Familia para el bienestar del estado y estampillas de alimentos. La comparación se utilizará para verificar la información proporcionada por la familia.

Condiciones: Estoy de acuerdo que fotocopias de este formulario de autorización pueden utilizarse para los fines indicados anteriormente. Todas las formas enviadas por facsímile, por correo y por correo electrónico son autorización con mi firma original. Entiendo que si no firmo este formulario o falsificar mi firma en este formulario, puede resultar en la negación o terminación de asistencia para la renta.

Nombre del Jefe de Familia

Firma

Fecha

Otro miembro de la familia de 18 años o más

Firma

Fecha

Otro miembro de la familia de 18 años o más

Firma

Fecha

Otro miembro de la familia de 18 años o más

Firma

Fecha

"Building a World-Class Community; One Family, One Neighborhood at a Time"