



# LA PERSONA 1



Estas preguntas solicitan información sobre el adulto que será nuestro contacto principal para esta solicitud.

**1** Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

**2** Proporcione el nombre y la información de contacto de una persona u organización de confianza en caso de que no podamos comunicarnos con usted.

*Escriba el nombre y la información de contacto de una persona u organización de confianza en el espacio a continuación, como número de teléfono, correo electrónico y dirección postal:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3** ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Mes	Día	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4** ¿Cuál es su sexo o género?

Femenino

Masculino

Prefiere no decirlo

**5** ¿Tiene un número de seguro social?

*NO se requiere un número de seguro social para participar en este programa si no es elegible para obtener uno.*

No

Sí

**6** ¿Tiene una discapacidad permanente?

*Marque "Sí" si tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de sus actividades diarias.*

No

Sí

**7** ¿Hay alguien más que esté autorizado para que en su nombre pueda ejecutar documentos o tomar decisiones a través de un poder notarial, tutela o curatela?

No  **Siga al 8 en la página siguiente**

Sí  Escriba la información en el espacio a continuación.

*Escriba el nombre y la información de contacto de la persona autorizada para tomar decisiones en su nombre:*

---

---



Las siguientes preguntas solicitan información sobre la OTRA PERSONA que vive en su hogar.

**8** Primer nombre de la Persona 2

Segundo nombre de la Persona 2

Apellido de la Persona 2

**9** ¿Es esta persona un compañero de cuarto solamente?

Marque "Sí" SOLAMENTE si esta persona ha llegado a un acuerdo para pagarle parte de la renta a usted o al propietario y NO le da ningún apoyo financiero aparte de la obligación de pagar la renta. En caso contrario, marque "No."

No  **Siga al 10**

Sí  **Siga al 16 en la página siguiente.** No conteste el resto de las preguntas en esta página. El ingreso de un compañero de cuarto no se cuenta como parte del ingreso total de la familia.

**10** ¿Esta persona vive en el hogar solo como cuidador?

Marque "Sí" SOLAMENTE si esta persona vive en el hogar para brindarle atención a usted u otro miembro del hogar por necesidades de discapacidad y NO le da ningún apoyo financiero. En caso contrario, marque "No."

No  **Siga al 11**

Sí  **Siga al 16 en la página siguiente.** No conteste el resto de las preguntas en esta página. El ingreso de una persona a cargo del cuidado no se cuenta como parte del ingreso total de la familia.

**11** ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esta persona?

Mes                      Día                      Año

                                            

**12** ¿Cómo se relaciona esta persona con usted?

Marido/esposa/cónyuge

Pareja de hecho

Hijo o hija

Hermano o hermana

Padre o madre

Nieto

Otro tipo de pariente

Otra  **Escriba los detalles:**

**13** ¿Cuál es el sexo o género de esta persona?

Femenino

Masculino

Prefiere no decirlo

**14** ¿Esta persona tiene una discapacidad permanente?

Marque "Sí" si esta persona tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de sus actividades diarias.

No

Sí

**15** ¿Esta persona tiene un número de seguro social?

NO se requiere un número de seguro social para participar en este programa si esta persona no es elegible para obtener uno.

No

Sí



# LOS INGRESOS FAMILIARES



Las siguientes preguntas se refieren a los ingresos familiares en su totalidad. NO incluya el ingreso de los compañeros de cuarto y de las personas a cargo del cuidado. Responda las preguntas con respecto a sus circunstancias ACTUALES y no a lo que esperan recibir en el futuro. Escriba sus ingresos BRUTOS antes de los impuestos y deducciones, a menos que la pregunta indique lo contrario.

## 16 ¿Alguien recibe algún salario, sueldo, comisiones, bonificaciones o propinas de un trabajo?

Incluya la cantidad total antes de los impuestos y deducciones.

No  ▶ Siga al 17

Sí  ▶ ¿Cuánto? Escriba la cantidad en dólares.

¿Con qué frecuencia? Marque [X] solo una casilla.

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ Escriba los detalles:

## 17 ¿Alguien recibe el Seguro Social o beneficios equivalentes de retiro del ferrocarril basado en los ingresos?

Esto incluye beneficios de jubilación, supervivencia y discapacidad. Incluya la cantidad total antes de cualquier deducción por primas de seguro médico.

No  ▶ Siga al 18

Sí  ▶ ¿Cuánto? Escriba la cantidad en dólares.

¿Con qué frecuencia? Marque [X] solo una casilla.

- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ Escriba los detalles:

## 18 ¿Alguien recibe beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?

No  ▶ Siga al 19

Sí  ▶ ¿Cuánto? Escriba la cantidad en dólares.

¿Con qué frecuencia? Marque [X] solo una casilla.

- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ Escriba los detalles:

## 19 ¿Alguien recibe ingresos de su propio negocio o de servicios como trabajador o contratista independiente?

Incluya ingresos de propietarios, sociedades e ingresos del alquiler por el uso de propiedades inmuebles o bienes personales. Escriba sus ingresos NETOS después de los gastos comerciales.

No  ▶ Siga al 20

Sí  ▶ ¿Cuánto? Escriba la cantidad en dólares.

¿Con qué frecuencia? Marque [X] solo una casilla.

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ Escriba los detalles:



20

**¿Alguien recibe ingresos de un plan de pensión o de anualidad por la jubilación, supervivencia o incapacidad?**

*Esto incluye pagos de un plan de jubilación del empleador, beneficios de jubilación militar, compensación por discapacidad relacionada con el servicio militar, pensiones extranjeras y planes de anualidad de jubilación.*

No  ▶ **Siga al 21**

Sí  ▶ **¿Cuánto?** *Escriba la cantidad en dólares.*

\$

**¿Con qué frecuencia?** *Marque [X] solo una casilla.*

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ *Escriba los detalles:*

21

**¿Alguien recibe beneficios de desempleo, beneficios por discapacidad laboral (discapacidad estatal) o de la compensación para trabajadores?**

No  ▶ **Siga al 22**

Sí  ▶ **¿Cuánto?** *Escriba la cantidad en dólares.*

\$

**¿Con qué frecuencia?** *Marque [X] solo una casilla.*

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ *Escriba los detalles:*

22

**¿Alguien recibe pagos de la pensión alimenticia (manutención conyugal) o manutención de niños?**

No  ▶ **Siga al 23**

Sí  ▶ **¿Cuánto?** *Escriba la cantidad en dólares.*

\$

**¿Con qué frecuencia?** *Marque [X] solo una casilla.*

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ *Escriba los detalles:*

23

**¿Alguien hace retiros o recibe distribuciones regularmente de cuentas de retiro individual (IRA), Roth IRA, cuentas de 401(k) u otras cuentas específicamente diseñadas para la jubilación?**

No  ▶ **Siga al 24**

Sí  ▶ **¿Cuánto?** *Escriba la cantidad en dólares.*

\$

**¿Con qué frecuencia?** *Marque [X] solo una casilla.*

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ *Escriba los detalles:*



**24** ¿Alguien recibe beneficios de CalFresh?

CalFresh ofrece beneficios electrónicos mensuales para comprar alimentos en muchos mercados.

No  ▶ Siga al 25

Sí  ▶ ¿Cuánto? Escriba la cantidad en dólares.

\$

¿Con qué frecuencia? Marque [X] solo una casilla.

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ Escriba los detalles:

**25** ¿Alguien está recibiendo beneficios de CalWORKs, pagos de La Ayuda General (GR) o asistencia en efectivo del Programa de asistencia monetaria para inmigrantes (CAPI)?

No  ▶ Siga al 26

Sí  ▶ ¿Cuánto? Escriba la cantidad en dólares.

\$

¿Con qué frecuencia? Marque [X] solo una casilla.

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ Escriba los detalles:

**26** ¿Alguien regularmente recibe asistencia financiera de la familia, amigos, o cualquier otra persona fuera de su hogar?

Cualquier asistencia que se reciba más de tres veces al año se considera "asistencia regular" a menos que la cantidad sea menos de \$100 en cada instancia.

No  ▶ Siga al 27

Sí  ▶ ¿Cuánto? Escriba la cantidad en dólares.

\$

¿Con qué frecuencia? Marque [X] solo una casilla.

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ Escriba los detalles:

**Continúe a la página siguiente.**



**27** ¿Alguien tiene alguna otra fuente de ingresos?

*Las otras fuentes pueden incluir ingresos por pagos de regalías o residuales, ganancias por algún pasatiempo, indemnizaciones o daños judiciales, o ingresos de patrimonios y fideicomisos.*

No  ▶ Siga al 28

Sí  ▶ **¿Cuánto?** Escriba la cantidad en dólares.

\$

**¿Con qué frecuencia?** Marque [X] solo una casilla.

- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente
- Otra  ▶ Escriba los detalles:

**28** ¿Alguien preparó una declaración de impuestos para el año fiscal más reciente?

No  ▶ Siga al 29

Sí  ▶ **¿Cuál fue su estado civil para efectos de la declaración?**

- Cabeza de familia
- Casada/o y presentar por separado
- Casada/o y presentar conjuntamente
- Viuda/o calificada/o
- Soltera/o

**29** ¿Usted y todos los miembros de la familia en su totalidad tienen más de \$5,000 en bienes o activos?

**Los bienes o activos incluyen:**

- El valor total en efectivo de todas sus cuentas corrientes y de ahorro, cuentas de inversión como acciones, bonos, certificados de ahorro y fondos del mercado monetario;
- El valor del capital en bienes inmuebles u otras inversiones en capital, fideicomisos y cuentas de ahorro para la jubilación;
- El valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida total;
- La propiedad personal mantenida como inversión, como gemas, joyas, colecciones de monedas, autos antiguos/clásicos o vehículos de lujo valorados en \$5,000.00 o más, etc.

No

Sí

**Continúe a la página siguiente.**



# EL APARTAMENTO



Las siguientes preguntas se refieren a su apartamento y satisfacción con la vida.

**30** ¿Cuánto es la renta mensual total de su apartamento?

*Si paga una cantidad adicional por el estacionamiento, NO lo cuente como parte de su renta.*

\$

**31** ¿Normalmente divide el costo de la renta con un compañero de cuarto o una persona fuera del hogar?

No  **Siga al 32**

Sí  ¿Cuánto paga el compañero de cuarto?

\$

**32** ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de recibir atención médica?

- Completamente satisfecho
- Muy bien satisfecho
- De alguna manera satisfecho
- Muy poco satisfecho
- Nada satisfecho

**33** ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de obtener alimentos saludables?

- Completamente satisfecho
- Muy bien satisfecho
- De alguna manera satisfecho
- Muy poco satisfecho
- Nada satisfecho

**34** ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de permanecer en Santa Mónica?

- Completamente satisfecho
- Muy bien satisfecho
- De alguna manera satisfecho
- Muy poco satisfecho
- Nada satisfecho

**35** ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de viajar?

- Completamente satisfecho
- Muy bien satisfecho
- De alguna manera satisfecho
- Muy poco satisfecho
- Nada satisfecho

**36** ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de acceder al transporte público?

- Completamente satisfecho
- Muy bien satisfecho
- De alguna manera satisfecho
- Muy poco satisfecho
- Nada satisfecho

Last Updated 12/9/2019



# LA CERTIFICACIÓN



La Sección 4.08.820 del Código Municipal de Santa Mónica establece que cualquier persona que deliberadamente haga una declaración o representación material falsa, engañosa o fraudulenta en cualquier asunto que sea competencia de la Ciudad será culpable de un delito menor, que será sancionado con una multa que no exceda de mil dólares por violación, o por encarcelamiento en la cárcel del condado por un período que no exceda los seis meses, o tanto por multa como por encarcelamiento.

**37** ¿Entiende que si a sabiendas hace una declaración o representación material falsa, engañosa o fraudulenta en esta solicitud, puede arriesgarse a perder su asistencia al enjuiciamiento penal?

No  Su solicitud no puede ser aceptada  
Sí

**38** La firma del solicitante

**39** La fecha de hoy

**Fin del formulario**

## Cómo entregar su solicitud

**Entregue por correo o en persona a:**

Santa Monica Housing Division  
1901 Main St, Ste B  
Santa Monica, CA 90405

Horas de trabajo:  
De lunes a jueves  
7:30 AM a 5:30 PM