



Housing Authority of the County of Santa Barbara

(805) 736-3423 • FAX (805) 735-7672 • TDD (805) 545-1833 Ext. 594

www.hasbarco.org

P.O. Box 397 • Lompoc, CA 93438-0397

815 West Ocean Avenue • Lompoc, CA 93436

Pre-Application Update form – Formulario de Actualización de Pre-Applicación
PLEASE PRINT ON LETTER SIZE PAPER (8 1/2 x 11) POR FAVOR IMPRIMA EN PAPEL TAMAÑO CARTA
(Submittal of this Pre-Application Update Does Not Guarantee an Offer of Housing Assistance)
(EI Presentar/Entregar una Pre-Applicación Actualizada No Garantiza una Oferta de Asistencia de Vivienda)

First Name Primer Nombre MI Inicial Last Name Apellido Date of Birth Fecha de Nacimiento SSN Número de Seguro Social
c/o AmeriCorps 27 W Anapamu #195 Address Dirección de Residencia Santa Barbara City Ciudad CA State Estado 93101 Zip Código Postal

Phone Number Número de Teléfono Email Address Correo Electrónico

FAMILY ATTRIBUTES ATRIBUTOS FAMILIARES

Spouse/Co-Head Information Información del Cónyuge/ Co-jefe del Hogar

First Name Primer Nombre MI Inicial Last Name Apellido Date of Birth Fecha de Nacimiento SSN Número de Seguro Social

Family Composition Composición Familiar Income Ingresos
Attributes Atributos Male Masculino Female Femenino
Number of Other Adults - Número de Otros Adultos
Number of Students 18+ Years Old - Número de Estudiantes de 18 años o mayores
Number of Youth (17 or younger) - Número de Menores (17 años o menos)
Number of Foster Children - Número de Niños Adoptivos/Cuidado de Crianza
Number of Live-in Aides - Número de Ayudantes que Viven con Usted
Mark all that apply Marque todo lo que corresponda:
Employment - Empleo
Self Employed - Autoempleo
Unemployment Disability / Workers Comp - Desempleo Discapacidad
Social Security/ SSI - Seguro Social
CalWorks - Asistencia Monetaria
VA Benefits - Beneficios para Veteranos
Retirement/ Pension - Pensión de Retiro
Child Support/ Alimony - Manutención de Menores
Adoption/ Foster Payments - Pagos de Adopción y Cuidado de Crianza (Foster)
Other - Otro
Gross Annual Income Amount:
Importe de los Ingresos Brutos Anuales:

FOR THE FOLLOWING SECTIONS, PLEASE MARK ALL THAT APPLY
PARA LAS SECCIONES SIGUIENTES, MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

Race Raza White - Blanco Black - Negro American Indian - Indio Nativo Americano Asian - Asiático Pacific Islander - Islas del pacífico
Ethnicity Etnia Hispanic or Latino - Hispano o Latino Not Hispanic or Latino - No Hispano o Latino No Hablo/ Entiendo inglés Preferred Language: Idioma que Prefiere:

Do You Or A Household Member Require An Accessible Unit Due To A Physical Impairment? (If Yes, check the correct box below)
Usted o un miembro de su familia necesita una unidad de fácil acceso debido a una discapacidad (Si la respuesta es Sí, marque la casilla correspondiente)

Mobility Accessible Unit/ Unidad con acceso para personas con impedimentos de movilidad
Visual Accessible Unit/ Unidad con acceso para personas con impedimento visual
Hearing Accessible Unit/ Unidad con acceso para personas con impedimentos auditivos

PREFERENCES PREFERENCIAS

County Resident / Residente del Condado
Involuntary Displacement/ Desplazamiento Involuntario
Veteran/ Veterano
Working Family / Familia Trabajadora
Tenant Based Rental Assistance/ Asistencia de Renta Basada en el Inquilino
Person Age 62+ or Disabled / Persona de 62 años o más; Discapacitado
Health and Safety/ Salud y Seguridad
Farm Worker/ Trabajador Agrícola

I certify that all of the information given to the Housing Authority of the County of Santa Barbara, concerning household composition, residency status, income, family assets, and Preferences, is accurate and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that false statements and/or information are punishable under Federal and/or State law. I also understand that false statements or information are grounds for denial or termination of housing assistance and termination of tenancy.
Certifico que toda la información proporcionada a la Autoridad de Vivienda del Condado de Santa Bárbara en relación con la composición del hogar, estado de residencia, ingresos, patrimonio familiar y las preferencias son exactas y completas de acuerdo a mi leal saber y entender. Entiendo que declaraciones y/o información falsas son punibles bajo la ley federal y/o estatal. También entiendo que las declaraciones o información falsa son motivo de rechazo o terminación de asistencia de vivienda y la terminación del arrendamiento.

Applicant Signature:
Firma del Solicitante:

Date:
Fecha:

This is an important document. If you require interpretation, please call the telephone number below or come to our offices.
Este es un documento importante. Si necesita interpretación, por favor llame al número de teléfono que aparece abajo o visite nuestras oficinas.
這是一個非常重要的文件。如果您需要翻譯服務，請撥下面的電話或前往我們的辦公室。
Esto es un documento importante. Se exige interpretación, por favor llama o número de teléfono embaixo ou vem a nossas escritórios.
Это важный документ. Если Вам требуется перевод, пожалуйста позвоните нам (телефонный номер ниже). Или придите в наш офис.
Đây là một tài liệu quan trọng. Nếu quý vị cần phiên dịch, vui lòng hãy gọi cho số điện thoại bên dưới hoặc đến văn phòng của chúng tôi.
这是非常重要的文件。如果您需要翻译服务，请拨打下面的电话或前往我们的办公室。
Se a se yon dokiman empotan. Si ou bezwen entèpretasyon, tanpri rele nimewo telefòn ki anba la a oswa vini nan biwo nou.
Tani waa dhokomenti muhiim ah. Haddii aad rabto tarjumaad, taalloo war lambarka hoos ka qayb ahaa imow: xafiiskaadayada.
هذه وثيقة مهمة. وإذا كنت في حاجة إلى ترجمة فورية، يرجى الاتصال على رقم الهاتف المذكور أدناه أو أن تتصل بنا مباشرة في مكتبنا.
این یک سند بسیار مهم است. اگر به ترجمه آن نیاز دارید، لطفاً با شماره تلفن زیر تماس بگیرید یا به دفتر ما مراجعه کنید.
Telephone No. : (805) 736-3423

