



**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) <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted <input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler <input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad <input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta <input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación <input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento <input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara <input type="checkbox"/> Otro _____	

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) <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted <input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler <input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad <input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta <input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación <input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento <input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara <input type="checkbox"/> Otro _____	

**Sección E: FIRMA**

Jefe de Firma de Hogares: \_\_\_\_\_ Dat: \_\_\_\_\_

**Formulario de devolución por correo: Georgia Department of Community Affairs**  
**P. O. Box 957057**  
**Duluth, GA 30095**

<b>Exclusivamente para uso oficial</b>	Client Number	Date	Staff
--	---------------	------	-------