

**HOUSING AUTHORITY OF THE COUNTY OF SANTA BARBARA - Autoridad de Vivienda de la provincial de Santa Barbara**  
 815 W Ocean Ave – Lompoc – CA – 93436 – [www.hasbarco.org](http://www.hasbarco.org) Phone Number/ Numero de Telefono: (805) 736-3423  
 Mailing Address/ Direccion de Correo: PO Box 397 – Lompoc – CA – 93438 Fax Number/ Numero de Fax: (805) 735-7672

**Pre-Application form – Formulario de Solicitud**

**PLEASE PRINT ON LETTER SIZE PAPER (8 ½ x 11)**

**Please ensure that you have completed the entire form and the information is correct**  
*Aseurese de que haya completado el formulario entero fiente v atras v la informacion es correcta*

**HEAD OF HOUSEHOLD INFORMATION – Jefe de Hogar informacion**

<b>First Name:</b> <i>Primer Nombre:</i>	<b>MI:</b> <i>Inicial:</i>	<b>Last Name:</b> <i>Apellido:</i>	<b>Date of Birth:</b> <i>Fecha de Nacimiento:</i>	<b>SSN:</b> <i>Numero Seguro Social:</i>
<b>Residence Address:</b> <i>Direccion de Residencia:</i>		<b>City:</b> <i>Ciudad:</i>	<b>State:</b> <i>Estado:</i>	<b>Zip:</b> <i>Codigo Postal:</i>
<b>Mailing Address:</b> <i>Direccion de Correo:</i>		<b>City:</b> <i>Ciudad:</i>	<b>State:</b> <i>Estado:</i>	<b>Zip/</b> <i>Codigo Postal:</i>
<b>E-Mail Address:</b> <i>Correo Electronico:</i>			<b>Telephone Number:</b> <i>Numero de Telefono:</i>	

**For Statistical Purposes Only** (Check one box in each category) – *Solo para fines estadisticos* (Marque una caja en cada categoria)

**Race:**  White/Blanco  Black/Negro  African American/Afro Americano  American Indian / Indio  Americano Nativo  Alaska Native/Alaska  Asian/Asiatico  Native Hawaiian / Other Pacific Islander / Otra Isla del pacifico Hawaino Nativo

**Ethnicity:**  Hispanic or Latino/ Hispano o Latino  Not Hispanic or Latino/ No Hispano o Latino  No Hablo/Entiendo Ingles **Preferred Language:** \_\_\_\_\_

**CHECK ALL PREFERENCES BELOW THAT APPLY TO YOUR HOUSEHOLD/**  
*Comprobar categoria apropiada*

**County Resident /** *Residente del Condado*  **Veteran/** *Veterano*  **Working Family /** *Familia Trabajadora*  **Person Age 62+ or Disabled** *Persona 62 anos o mas o con discapacidad*  **Farm Worker** *Trabajador Agricola*

**Involuntary Displacement/** *Desplazamiento involuntaria*  **By HUD Program/** *Por el programa de HUD*  **To Avoid Reprisals/** *Para evitar represalias*  **By Gov't Action/** *Por la accion gov*  **By Private Action/** *Por accion Privada*

**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 debido a una discapacidad* (Si, marque la caja correspondiente)

**Mobility Accessible Unit/** *Unidad de acceso movilidad*  **Visual Accessible Unit/** *Unidad de acceso visual*  **Hearing Accessible Unit/** *Unidad de acceso audienca*

**Are you a Full-Time Student? / Eres estudiante a tiempo completo?** **Yes/ Si**  **No/ No**

**LIST ALL HOUSEHOLD MEMBERS WHO WILL BE LIVING WITH YOU** (Attach additional listing, if needed)  
*Una lista de todos los miembros que viviran con usted* (Adjuntar lista adicional si es necesario)

First Name/ Nombre	MI/ Ini.	Last Name/ Apellido	Relationship/ Relacion	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Gender/ Genero (M/F)	Social Security No./ Numero de Seguro Social

**LIST GROSS MONTHLY INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS 18 YEARS OF AGE AND OLDER**  
*Lista de los ingresos brutos mensuales de todos los miembros de hogar 18 anos de edad o mas*

<b>Wages/ Salario:</b>	<b>Self-Employment/ Auto Empleo:</b>	<b>Unemployment: Desempleo:</b>	<b>Retirement: Jubilacion:</b>	<b>Veteran's Benefits: Beneficios de Veteranos:</b>
<b>Social Security: Seguro Social:</b>	<b>SSI/ SS:</b>	<b>State Disability: Incapacidad del estado:</b>	<b>Worker's Comp.: Compensacion de trabajadores:</b>	<b>Foster Care: Cuidado tutelar:</b>
<b>CalWorks/TANF: ObrasCal/TANF:</b>	<b>Child Support: Manutencion de los hijos:</b>	<b>Alimony: Pension alimenticia:</b>	<b>General Assistance: Asistencia general:</b>	<b>Other: Otro:</b>

List all Assets and their value  
*Enumerar todos los activos y su valor*

**Please Select the Waiting List(s) You Are Interested In**  
*Por favor, seleccione la lista(s) que usted esta interesado*

Select Marque Aqui	Waiting List Lista de Espera	Location La Ubicacion	Bedroom Sizes Tamanos de dormitorio
	Golden Inn Village – Family	Santa Ynez	1, 2, 3
	Golden Inn Village – Senior	Santa Ynez	0, 1

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 informacion dada a la autoridad de vivienda del condado de Santa Barbara en relacion con la composicion del hogar, estado de residencia, ingresos, patrimonio familiar y las preferencias es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones y/o informaciones falsas son punibles bajo la ley federal y/o estatal. Tambien entiendo que las declaraciones o informacion falsas son motivo de rechazo o terminacion de asistencia de vivienda y la terminacion del arrendamiento.*

**Applicant Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Firma del Solicitante:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

