

Programa de Vales de Elección de Vivienda: Información para la Lista de Espera

Limite de Ingresos

1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
\$23,700	\$27,050	\$30,450	\$33,800	\$36,550	\$39,250	\$41,950	\$44,650

Su nombre será puesto en la lista de espera **después** que la siguiente documentación haya sido recibida:

1. Una solicitud preliminar firmada y completa.
2. Prueba de residencia en el Condado de Brown
 - La dirección en **TODOS** sus documentos **DEBE** de ser su actual dirección

Documentos requeridos como prueba de residencia en el Condado de Brown:

1. Una identificación o licencia de conducir del estado actual.
2. **DOS (2)** de los siguientes documentos (con su dirección actual):

Contrato de renta (firmado por todos los adultos que viven en esta dirección).	Factura de gas, electricidad, agua, cable, telefono (de los ultimos 30 días).
Estado de cuenta de tarjeta de credito (de los ultimos 30 días).	Registro de doctor local.
Registro de la escuela o guardería.	Carta de beneficios del seguro social.
Registro de Universidad local.	Registro de auto.
Talon de cheque local (de los ultimos 30 días).	Documentos de la corte para manutención o paternidad.
Estado de cuenta de banco local (de los ultimos 30 días).	Estado de cuenta de banco local (de los ultimos 30 días).

3. Verificación de identidad legal para **TODOS** los miembros de la casa.
 - **Tarjeta de seguro social**, tarjeta de residencia o documentos de naturalización.
 - Tarjetas Forward no son aceptadas.
4. Verificación de fecha de nacimiento para **TODOS** los miembros de la casa.
 - **Acta de nacimiento**, certificado de bautizo emitado por una iglesia, anuncio de nacimiento del hospital o tarjeta de residencia permanente.
5. Prueba de su preferencia:
 1. Desplazados debido a un desastre natural o accion de gobierno—declaracion de una agencia de gobierno o agencia de servicio tal como oficiales de la ciudad o de La Cruz Roja.
 2. Niños menores de 18 años—copia de la acta de nacimiento
 3. Veterano—copia de la forma DD 214 o formas de baja de servicio.
 4. 62 años de edad o mayor—copia de acta de nacimiento o certificado de bautizo.

5. Incapacidad—prueba de beneficios de SS/SSI

Todos los demás residentes que no tienen una de las preferencias anteriores:

- Serán puestos en la lista de espera empezando con la fecha en cual su solicitud fue entregada completa y con todos los documentos necesarios. Después de que todos los residentes que tienen una preferencia sean asistidos entonces empezaremos a llamar a quienes no tienen preferencias.
 - Todas las solicitudes que son recibidas van por fecha y usted recibirá una carta de notificación cuando sea puesto en la lista de espera.
 - *Llamadas o visitas a la oficina NO SERAN regresadas o aceptadas para confirmar el estatus de su solicitud. Se tardara de 4-6 semanas para procesar su solicitud, notificación será enviada por correo.*
 - El tiempo de espera puede ser de hasta un (1) año y puede cambiar sin aviso dependiendo de nuestros fondos. .
- Usted **DEBE** de notificar a Integrated Community Solutions **EN ESCRITO** acerca cualquier cambio de dirección o miembros en la vivienda. Llamadas no serán aceptadas como notificación.
- Si usted es una persona con incapacidad y requiere una acomodación específica para poder utilizar nuestros programas y servicios, por favor contacte a ICS al 920-498-3737.

Para poder procesar su solicitud requerimos un chequeo criminal para todos los adultos que están aplicando para la asistencia.



Soluciones de Comunidad Integradas (SCI) proporcionan la ayuda de alojamiento a familias elegibles en el Condado De Brown. A fin de responder a la variedad más amplia posible de alojar necesidades, actualmente proporcionamos la ayuda conforme a tres programas de alojamiento separados.

SCI tiene un proceso de aplicación extenso, riguroso para tres programas. Este proceso incluye, pero no es limitado con, un control de fondo criminal a todos los miembros de la vivienda de 18 años o más. Si hay incidentes de actividad de drogas o comportamiento violento dentro de los cinco años pasados, la familia puede ser inelegible para recibir la ayuda. Alguien en la lista de delincuente sexual es inelegible.

Abajo está una breve descripción de los programas indicados de arriba. Después de examinar las descripciones, indique en el fondo de esta forma qué programa (s) encontraría sus necesidades de alojamiento.

El Alojamiento de Programa de Vale Selecto.

Las familias que pasan el control de fondo criminal sus nombres serán colocados en una lista de espera. La espera de promedió es 9-12 meses para residentes en el Condado Brown. La espera es indefinido para familias que aplican desde afuera del Condado Brown. Una vez determinado para ser elegible para el programa le dan a las familias un vale para comenzar a buscar el alojamiento privado conveniente. Este programa es basado en el arrendatario, lo que significa que la asistencia de ayuda se queda con la familia mientras la familia permanece elegible para el programa.

Programa de Rehabilitación Moderado

La espera de promedió es indeterminado en este tiempo. Una vez decidido elegible, hay unidades especificadas localizadas en el Condado Brown que el candidato debe ocupar. Si ellos deciden moverse de la unidad especificada, la ayuda se terminará. Este programa es el proyecto basado en lo que significa la ayuda permanece con la unidad no con la familia.

El Proyecto de Unidades Basadas

La espera de promedió es indeterminado en este tiempo. Las unidades basadas del Proyecto son unidades en el Condado de Brown que les asignan un vale. Sin embargo, si después del término del contrato inicial entonces la familia permanece elegible para el programa, el vale es re-asignado de nuevo la familia que permite que la familia busque una unidad diferente.

Me gustaría solicitar el:

- Alojamiento de Programa de Vale Selecto
- Moderar Programa de Rehabilitación
- Proyectar Unidades Basadas
- 3 programas

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Número de Seguro Social para el Solicitante

Fecha

SOLICITUD PRELIMINAR

Preliminary Application

FAVOR DE COMPLETAR ESTA FORMA Y

REGRESARLA AL: Integrated Community Solutions Inc., 2605 S. Oneida St. Ste 106, Green Bay, WI 54304

NOMBRE _____

Otra dirección si es distinta a la anterior para enviar correo:

DOMICILIO _____

Nº DEL APTº _____

CIUDAD/ESTADO/ _____

Nota: Si su domicilio cambia, notifique a nuestra oficina para mantener su estado en la lista de espera.

CÓDIGO POSTAL _____

Esta forma debe ser acompañada con evidencia legal de su domicilio cuando la entregue. Evidencia aceptable de su domicilio incluye su licencia de manejar o cualquier otro documento que sea de la cabeza de la familia, cónyuge o co-cabeza de cierto domicilio. Solicitudes Preliminares que no incluyan evidencia de su dirección legal no serán aceptadas.

Parte 1: Cabeza de Familia

Favor de completar esta parte para la cabeza de la familia

Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____
mes día año

Sexo Femenina Masculino

¿Está usted dispuesto/a mudarse? Sí No
 Are you willing to move?

¿Está usted incapacitado/a? Sí No
 Are you disabled?

Teléfono de su casa _____

Home telephone number

Otro teléfono _____

Other telephone number

Tipo de teléfono: Celular Trabajo Otro:

Raza Asiático
 Race Blanco
 Indio Americano o
 (Marque un Native de Alaska
 una caja) Negro o Afro-
 Americano

Etnia Hispano
 Ethnicity No Hispano

Datos de raza y etnia son para propósitos estadísticos solamente.

Parte 2: Información de Miembros de Hogar

Por favor escriba la información de los adultos primero, y después, de los menores de 18 años. Escriba una *F* o una *M* para indicar el sexo. Si algún miembro de la familia está incapacitado, marque la *S*; si no, marque la *N*. Anote la relación familiar de cada persona hacia la cabeza de la casa.

Apellido	Nombre	Nº del Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo	¿Discapacitado/a?	Relación familiar (Esposo, hija, ec.)
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____-____-____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

Favor de continuar a la Parte 3 ⇨

Parte 3: Ingresos y Bienes Familiares

Liste todo tipo de ingresos en bruto (antes de impuestos) y pagos recibidos por cada miembro de la familia de 18 años o más, por sueldos, pagos militares, pensiones, seguro social, SSI, asistencia pública, sostenimiento para niños, desempleo, negocio, profesión o cualquier otro tipo. Incluya pagos hechos a miembros de la familia de 18 años o más por parte de otros miembros de la familia menos de 18 años de edad.

<u>Nombre</u>	<u>Ingreso Bruto:</u>	<u>¿Con qué frecuencia?</u>	<u>Si los ingresos son de sueldo, liste la dirección del empleado</u>
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	_____
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	_____
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	_____
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	_____
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	_____

Enumere el valor en efectivo total y ingresos totales recibidos de los propios bienes por todos los miembros de la familia

<u>Tipo de Bienes</u>	<u>Valor en efectivo de bienes</u>	<u>Ingreso Ganado de los bienes</u>
Cuenta de Cheques	\$ _____	\$ _____
Cuenta de Ahorros	\$ _____	\$ _____
Acciones, Bonos, CDs, Inversiones	\$ _____	\$ _____
Propiedades	\$ _____	\$ _____
Otro	\$ _____	\$ _____

Pate 4: Elegibilidad y Preferencia

La documentación para la preferencia reclamada deber ser incluida.

Preferencias

- Sí No ¿Ha sido usted o será involuntariamente desplazado por la acción del gobierno relacionado con el mejoramiento público o desarrollo y usted no esta ahora mismo viviendo en el alojamiento de reemplazo estándar permanente?
- Sí No ¿Ha sido involuntariamente desplazado por consecuencia de un desastre (fuego, inundación, tornado, etc.) que ha hecho que su unidad sea inhabitable (por favor adjunte la documentación) y usted no esta ahora mismo viviendo en el alojamiento de reemplazo estándar permanente?
- Sí No ¿Vive usted ahora mismo o trabaja en el Condado Brown?
- Sí No ¿Vive usted ahora mismo fuera del Condado Brown pero ha sido contratado recientemente para trabajar en el Condado Brown?
- Sí No ¿Vive usted ahora mismo fuera del Condado Brown pero es anciano or incapacitado?
- Sí No ¿ Es alguien en su casa un veterano, más de 62 años de edad, una persona con una invalidez o menos de 18 años de edad?

Si usted ha contestado si a cualquiera de las preguntas mencionadas arriba se le dara una preferencia en la lista de espera.

Elegibilidad

- Sí No ¿Usted o algun miembro de su cas tienen un delito menor criminal relacionado con violencia o drogas o una violación de ordenanza en su expediente dentro los ultimos 3 años o una felonía relacionada con violencia o drogas dentro los ultimos 5 años?
- Sí No ¿ Se lista su nombre ahora mismo en el Registro de Delincuente Sexual?

*Nota: Solicitantes seran negados asistencia si ellos han sido arrestados por actividades de un menor crimen relacionado con violencia o drogas entre 3 años y 5 años por una felonía. El período de tiempo empieza con la fecha más tarde, la de la ofensa o la fecha de liberación del encarcelamiento. Los solicitantes cuyo nombres aparecen en la lista del registro sexual son inelegibles para solicitar asistencia mientras su nombre permanece en la lista del registro sexual.

Parte 5: Notificación de Ciudadanía Estadounidense y Certificación

Asistencia de viviendas puede depender en la sumisión y verificación de la evidencia de ciudadanía o su estado elegible de inmigración antes que la asistencia de vivienda se le haga disponible. Basado en la evidencia sometida durante ese tiempo, la asistencia puede ser prorrateada, negada o terminada siguiendo las apelaciones y procesos de audiencia informal.

Certifico que la información en este formulario esta completa y es la verdad según al mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que puedo ser multado hasta \$10,000, o encarcelado hasta cinco años si doy información falsa o incompleta.

Firma: _____ Fecha: _____

Authorization for the Release of Information

Applicant ID

PHA requesting release of information:



2605 S. Oneida • Suite 106 • Green Bay, WI 54304

Authority: 42 U.S.C. 1437f and 3535(d), implemented at 24CFR 982.551(b).

Purpose: In signing this consent form, you are authorizing HUD and the above-named HA to request information including but not limited to: identity and marital status, employment income, welfare income, assets, residences and rental activity, Medical or Child Care Allowances, Credit and Criminal Activity. HUD and the HA need this information to verify your eligibility for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. HUD and the HA may participate in computer matching programs with these sources in order to verify your eligibility and level of benefits.

Uses of Information to be Obtained: HUD is required to protect the information it obtains in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD may disclose information (other than tax return information) for certain routine uses, such as to other government agencies for law enforcement purposes, to Federal agencies for employment suitability purposes and to HAs for the purpose of determining housing assistance. The HA is also required to protect the information it obtains in accordance with any applicable State privacy law. HUD and HA employees may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of the information that is obtained based on the consent form.

Who Must Sign the Consent Form: Each member of your household who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the household or whenever members of the household become 18 years of age.

Consent: I consent to allow HUD or the HA to request and obtain any information from any Federal, State, or local agency, organization, business, or individual for the purpose of verifying my eligibility and level of benefits under HUD's assisted housing programs. I understand that HAs that receive information under this consent form cannot use it to deny, reduce or terminate assistance without first independently verifying the information obtained. In addition, I must be given an opportunity to contest those determinations.

This consent form expires 15 months after signed.

Signatures:

_____	Date _____	_____	Social Security Number (if any) of Head of Household
Spouse _____	Date _____	_____	Other Family Member over age 18
_____	Date _____	_____	Other Family Member over age 18
Other Family Member over age 18 _____	Date _____	_____	Other Family Member over age 18
			Date _____

Penalties for Misusing this Consent:

HUD, the HA and any owner (or any employee of HUD, the HA or the owner) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form. Use of the information collected based on this form is restricted to the purposes cited above. Any person who knowingly or willfully requests, obtains or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000. Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD, the HA or the owner responsible for the unauthorized disclosure or improper use.

Failure to Sign Consent Form: Your failure to sign the consent form may result in the denial of eligibility or termination of assisted housing benefits, or both. Denial of eligibility or termination of benefits is subject to the HA's grievance procedures and Section 8 informal review and hearing procedures.

Sources of Information: The groups or individuals that may be asked to release the authorized information include but are not limited to:

- Previous Landlords (including Public Housing Agencies)
- Courts and Post Offices
- Schools and Colleges
- Law Enforcement Agencies
- Support and Alimony Providers
- Past and Present Employers
- Welfare Agencies
- State Unemployment Agencies
- Social Security Administration
- Medical and Child Care Providers
- Veterans Administration
- Retirement Systems
- Banks and other Financial Institutions
- Credit Providers and Credit Bureaus
- Utility Companies

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:	
Mailing Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
Name of Additional Contact Person or Organization:	
Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
E-Mail Address (if applicable):	
Relationship to Applicant:	
Reason for Contact: (Check all that apply)	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process
<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms
<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Late payment of rent	
Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.	
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.	
Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.	

Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

Signature of Applicant

Date

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.



**U.S. Department of Housing and Urban Development
Office of Public and Indian Housing**

DEBTS OWED TO PUBLIC HOUSING AGENCIES AND TERMINATIONS

Paperwork Reduction Notice: The information collection requirements contained in this notice have been approved by the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3520) and assigned OMB control number 2577-0266. In accordance with the Paperwork Reduction Act, HUD may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless the collection displays a current valid OMB control number.

NOTICE TO APPLICANTS AND PARTICIPANTS OF THE FOLLOWING HUD RENTAL ASSISTANCE PROGRAMS:

- Public Housing (24 CFR 960)
- Section 8 Housing Choice Voucher, including the Disaster Housing Assistance Program (24 CFR 982)
- Section 8 Moderate Rehabilitation (24 CFR 882)
- Project-Based Voucher (24 CFR 983)

The U.S. Department of Housing and Urban Development maintains a national repository of debts owed to Public Housing Agencies (PHAs) or Section 8 landlords and adverse information of former participants who have voluntarily or involuntarily terminated participation in one of the above-listed HUD rental assistance programs. This information is maintained within HUD's Enterprise Income Verification (EIV) system, which is used by Public Housing Agencies (PHAs) and their management agents to verify employment and income information of program participants, as well as, to reduce administrative and rental assistance payment errors. The EIV system is designed to assist PHAs and HUD in ensuring that families are eligible to participate in HUD rental assistance programs and determining the correct amount of rental assistance a family is eligible for. All PHAs are required to use this system in accordance with HUD regulations at 24 CFR 5.233.

HUD requires PHAs, which administers the above-listed rental housing programs, to report certain information at the conclusion of your participation in a HUD rental assistance program. This notice provides you with information on what information the PHA is required to provide HUD, who will have access to this information, how this information is used and your rights. PHAs are required to provide this notice to all applicants and program participants and you are required to acknowledge receipt of this notice by signing page 2. Each adult household member must sign this form.

What information about you and your tenancy does HUD collect from the PHA?

The following information is collected about each member of your household (family composition): full name, date of birth, and Social Security Number.

The following adverse information is collected once your participation in the housing program has ended, whether you voluntarily or involuntarily move out of an assisted unit:

1. Amount of any balance you owe the PHA or Section 8 landlord (up to \$500,000) and explanation for balance owed (i.e. unpaid rent, retroactive rent (due to unreported income and/ or change in family composition) or other charges such as damages, utility charges, etc.); and
2. Whether or not you have entered into a repayment agreement for the amount that you owe the PHA; and
3. Whether or not you have defaulted on a repayment agreement; and
4. Whether or not the PHA has obtained a judgment against you; and
5. Whether or not you have filed for bankruptcy; and
6. The negative reason(s) for your end of participation or any negative status (i.e. abandoned unit, fraud, lease violations, criminal activity, etc.) as of the end of participation date.

OVER →

Who will have access to the information collected?

This information will be available to HUD employees, PHA employees, and contractors of HUD and PHAs.

How will this information be used?

PHAs will have access to this information during the time of application for rental assistance and reexamination of family income and composition for existing participants. PHAs will be able to access this information to determine a family's suitability for initial or continued rental assistance, and avoid providing limited Federal housing assistance to families who have previously been unable to comply with HUD program requirements. If the reported information is accurate, your current rental assistance may be terminated and your future request for HUD rental assistance may be denied for a period of up to ten years from the date you moved out of an assisted unit or were terminated from a HUD rental assistance program.

How long is the debt owed and termination information maintained in EIV?

Debt owed and termination information will be maintained in EIV for a period of up to ten (10) years from the end of participation date.

What are my rights?

In accordance with the Federal Privacy Act of 1974, as amended (5 USC 552a) and HUD regulations pertaining to its implementation of the Federal Privacy Act of 1974 (24 CFR Part 16), you have the following rights:

1. To have access to your records maintained by HUD.
2. To have an administrative review of HUD's initial denial of your request to have access to your records maintained by HUD.
3. To have incorrect information in your record corrected upon written request.
4. To file an appeal request of an initial adverse determination on correction or amendment of record request within 30 calendar days after the issuance of the written denial.
5. To have your record disclosed to a third party upon receipt of your written and signed request.

What do I do if I dispute the debt or termination information reported about me?

You should contact the PHA, who has reported this information about you, in writing, if you disagree with the reported information. The PHA's name, address, and telephone numbers are listed on the Debts Owed and Termination Report. You have a right to request and obtain a copy of this report from the PHA. Inform the PHA why you dispute the information and provide any documentation that supports your dispute. Disputes must be made within three years from the end of participation date. Otherwise the debt and termination information is presumed correct. Only the PHA who reported the adverse information about you can delete or correct your record.

Your filing of bankruptcy will not result in the removal of debt owed or termination information from HUD's EIV system. However, if you have included this debt in your bankruptcy filing and/or this debt has been discharged by the bankruptcy court, your record will be updated to include the bankruptcy indicator, when you provide the PHA with documentation of your bankruptcy status.

The PHA will notify you in writing of its action regarding your dispute within 30 days of receiving your written dispute. If the PHA determines that the disputed information is incorrect, the PHA will update or delete the record. If the PHA determines that the disputed information is correct, the PHA will provide an explanation as to why the information is correct.

This Notice was provided by the below-listed PHA:

Integrated Community Solutions
 2605 S. Oneida St, Suite 106
 Green Bay, WI 54304
 (920) 498-3737

**I hereby acknowledge that the PHA provided me with the
 Debts Owed to PHAs & Termination Notice:**

Signature
 Printed Name

Date



**¡ATENCIÓN!
¡POR FAVOR LEA ESTE MENSAJE IMPORTANTE!**

EL PROGRAMA SECCIÓN 8 (VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA) SUPERVISADO POR LAS AUTORIDADES DE VIVIENDA DEL CONDADO BROWN UTILIZA *UN SERVICIO DE INVESTIGACIÓN PRIVADO* PARA INVESTIGAR CON CUIDADO A TODOS LOS SOLICITANTES DEL PROGRAMA

SI USTED TIENE HISTORIA CRIMINAL RECIENTE DE...

- **DROGAS**
- **VIOLENCIA**
- **ACTIVIDAD RELACIONADA CON PANDILLAS (MARAS)**
- **SU NOMBRE EN EL REGISTRO OFENSOR SEXUAL**

...SU APLICACIÓN AL PROGRAMA SERÁ NEGADA.

PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA EN SU APLICACIÓN ES TAMBIÉN MOTIVO PARA LA NEGACIÓN.

NOTA: TODOS LOS MIEMBROS DE CASA MATRICULADOS SERÁN INVESTIGADOS ANUALMENTE. INGRESOS NO DECLARADOS O MIEMBROS DE CASA NO REPORTADOS CAUSARÁ CARGOS DE FRAUDE..