



2931 MISSION ST. SANTA CRUZ, CA 95060-5709
PHONE: (831) 454-9455 FAX: (831) 469-3712

WAITING LIST PLACEMENT DATE VERIFICATION FORM

This form can be used by families who would like to verify their status in any Waiting List for any program administered by the Housing Authority of the County of Santa Cruz, including the Section 8 Housing Choice Voucher Program (HCV) for the County of Santa Cruz and the Cities of Hollister and San Juan Bautista, as well as the Low Income Public Housing program.

When the Housing Authority receives your completed form, a letter will be sent to you, verifying that your name is on the Waiting List. Please be aware that you must keep the Housing Authority informed, in writing, of any address change so we can contact you when it is your turn for a final eligibility determination. If letters to you are returned to the Housing Authority as undeliverable, no further attempts will be made to contact you and your name will be permanently removed from its place in the Waiting List. Subsequent attempts to re-establish your original placement date will not be honored.

WAITING LIST: Santa Cruz Section 8 HCV Program Hollister Section 8 HCV Program
 San Juan Bautista Section 8 HCV Program Low Income Public Housing
 Other: _____

VERIFICATION REQUEST:

I hereby request that a verification of my placement date on the Waiting List shall be sent to the address provided below.

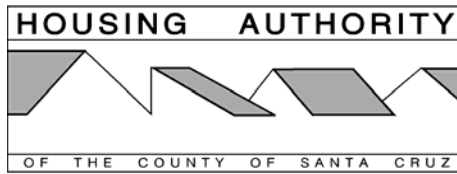
PLEASE PRINT THE INFORMATION REQUESTED BELOW.

1. First Name: _____ 2. Middle Initial: _____
3. Last Name: _____
4. Social Security Number: _____
5. Home Telephone: (_____) _____
6. Other Telephone: (_____) _____
7. Mailing Address: _____

8. Name at the time I placed my name on the list: _____
9. Address at the time I placed my name on the list: _____
10. Date or approximate date I placed my name on the list: Month: _____ Year: _____
11. I still have the confirmation letter that my name is on the list: No Yes (If yes, please attach)

Print Name: _____
(Head of Household)

Signature: _____



2931 MISSION ST. SANTA CRUZ, CA 95060-5709
PHONE: (831) 454-9455 FAX: (831) 469-3712

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SU UBICACIÓN EN LA LISTA DE ESPERA

Este formulario puede ser usado por las familias que deseen verificar su ubicación en la lista de espera de cualquier programa administrado por la Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz, incluyendo el Programa de Comprobante para Selección de Vivienda (CSV) en el condado de Santa Cruz y en las ciudades de Hollister y San Juan Bautista, así como el programa de Viviendas Públicas de Bajos Ingresos.

Cuando la Autoridad de Viviendas reciba su formulario completo le enviará una carta verificando que su nombre está en la lista de espera. Por favor tenga presente que debe mantener a la Autoridad de Viviendas informada en todo momento, por escrito, sobre cualquier cambio de domicilio, para que podamos comunicarnos con usted cuando llegue su turno para la determinación final de su calificación. Si las cartas le son devueltas a la Autoridad de Viviendas por tener dirección incorrecta, no volveremos a intentar comunicarnos con usted y su nombre será permanentemente quitado de la lista de espera, perdiendo su lugar. No se aceptarán futuros pedidos de reestablecer su fecha de ubicación original.

LISTA DE ESPERA: Santa Cruz, Programa CSV, Sección 8 Hollister, Programa CSV, Sección 8
 San Juan Bautista, Programa CSV, Sección 8 Vivienda Pública de Bajos Ingresos
 Otro: _____

PEDIDO DE VERIFICACIÓN:

Por la presente pido verificación de la fecha en que mi nombre se puso en la lista de espera, que debe enviarse a la dirección provista a continuación.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA INFORMACIÓN PEDIDA A CONTINUACIÓN.

1. Nombre: _____
2. Inicial del segundo nombre: _____
3. Apellido: _____
4. N° de Seguro Social: _____
5. Teléfono en el hogar: (_____) _____
6. Otro teléfono: (_____) _____
7. Dirección postal: _____

8. Nombre que use cuando puse mi nombre en la lista: _____
9. Dirección que use cuando puse mi nombre en la lista: _____
10. Fecha o fecha aproximada que puse mi nombre en la lista: Mes: _____ Año: _____
11. Tengo todavía la carta de confirmación que indica que mi nombre está en la lista de espera:
 No Sí (Si es así, por favor adjunte)

Nombre en letra de imprenta : _____
(Persona principal de la familia)

Firma: _____