



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

Address Dirección de Residencia City Ciudad State Estado 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

Table with columns for Family Composition (Male/Female) and Income (Mark all that apply). Includes categories like Employment, Self Employed, Unemployment Disability, Social Security, CalWorks, VA Benefits, Retirement, Child Support, Adoption, and Other.

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

Form for marking race and ethnicity: Race (White, Black, American Indian, Asian, Pacific Islander) and Ethnicity (Hispanic or Latino, Not Hispanic or Latino, No Hablo/Entiendo inglés, Preferred Language).

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)

Form for marking accessible unit requirements: Mobility Accessible Unit, Visual Accessible Unit, Hearing Accessible Unit.

PREFERENCES PREFERENCIAS

Form for marking preferences: County Resident, Veteran, Working Family, Person Age 62+ or Disabled, Farm Worker, Involuntary Displacement, Tenant Based Rental Assistance, Health and Safety.

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:

Important notice in multiple languages (English, Spanish, Chinese, Vietnamese, Tagalog, Hindi, Arabic) regarding interpretation services and contact information: Telephone No. (805) 736-3423.

