



TABLE OF CONTENTS

TABLA DE CONTENIDO

Child Care Verification	Page 2
<i>Verificación de Cuidado Infantil</i>	Page 3
General Statement	Page 4
<i>Declaración General</i>	Page 5
Head of Household Change	Page 6
<i>Cambio de Jefe de Hogar</i>	Page 7
Mutual Rescission of Lease Agreement	Page 8
<i>Rescisión Mutua del Contrato de Arrendamiento</i>	Page 9
Permanent Move IN	Page 10
<i>Mudanza Permanente de un Miembro del Hogar</i>	Page 11
Permanent Move OUT	Page 12
<i>Mudanza Permanente Fuera de un Miembro del Hogar</i>	Page 13
Portability Request to Transfer	Page 14
<i>Solicitud de Portabilidad para Transferir</i>	Page 15
Request of Application Update Form	Page 16
<i>Solicitud de Formulario de Actualización de Solicitud</i>	Page 17
Voluntary Child Support	Page 18
<i>Manutención Voluntaria de Niños</i>	Page 19
Voucher Extension Report	Page 20
<i>Solicitud de Extensión de Vale</i>	Page 21



McHC OFFICE USE	
Tenant ID:	

CHILD CARE VERIFICATION

To be completed by Child Care Provider

I hereby affirm that _____ pays me \$ _____, not including additional assistance.

Please check one that applies:

- Daily
 Weekly
 Monthly

Name of person(s) being cared for:

Child Care Provider Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Warning: Title 18, section 1001 of the united states code, states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department or agency of the united states.

By signing below, I am certifying under penalty of perjury that the information above is true and correct.

Child Care Provider

Date



VERIFICACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

Para ser completado por el proveedor de cuidado infantil

Por la presente afirmo que _____ me paga \$ _____, sin incluir asistencia adicional.

Por favor marque uno que corresponda:

- Diario
 Semanal
 Mensual

Nombre de la(s) persona(s) atendida(s):

Nombre del proveedor de cuidado infantil: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Advertencia: El Título 18, sección 1001 del código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer, a sabiendas y voluntariamente, declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.

Proveedor de Cuidado Infantil

Fecha



McHC OFFICE USE	
Tenant ID:	

GENERAL STATEMENT

Name (print): _____

Home Address: _____

Statement (please print)

Warning: Title 18, section 1001 of the united states code, states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department or agency of the united states.

By signing below, I am certifying under penalty of perjury that the information above is true and correct.

Signature

Date



1200 N 25th St. McAllen, TX 78501
 PHONE: (956)686-3951 | FAX: (956)686-3112



DECLARACIÓN GENERAL

Nombre (en letra de molde): _____

Dirección: _____

Declaración (en letra de molde)

Advertencia: El Título 18, sección 1001 del código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer, a sabiendas y voluntariamente, declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma

Fecha

HEAD OF HOUSEHOLD CHANGE

I, _____, am making this request to permanently remove myself from the current household residing in _____.

The current member listed below will become the new head of household.

Name: _____

Social Security Number: _____

Date of Birth: _____

Relation (circle one): Spouse Child Parent Other _____

Occupation (circle one): Employed Unemployed Student Elderly Disabled

Reason for change (please print): _____

Current Head of Household

Date

New Head of Household

Date



McHC OFFICE USE	
Tenant ID:	

CAMBIO DE JEFE DE HOGAR

Yo, _____, hago esta solicitud para retirarme permanentemente del hogar actual con domicilio en _____.

El miembro actual nombrado a continuación se convertirá en el nuevo jefe de familia.

Nombre: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación (circule uno): Esposo Hijo Padre Otro _____

Ocupación (circule uno): Empleado Desempleado Estudiante Anciano Discapacitado

Razón del cambio (por favor imprima): _____

 Jefe de Hogar Actual

 Fecha

 Jefe de Hogar Nuevo

 Fecha





McHC OFFICE USE	
Tenant ID:	

**MUTUAL RESCISSION OF LEASE AGREEMENT
(Terminates the Lease Agreement before the expiration date)**

Tenant Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Owner/Landlord Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

LEASE TERMINATION DATE/MOVE-OUT DATE _____

* must be the last day of the month and returned to McHC 60 days before this date if moving with a voucher

By signing below, the Tenant and the Landlord understand, and mutually agree to, the following:

- The current lease agreement will terminate at midnight on the Lease Termination Date/Move-out Date (noted above).
- The Tenant will not owe to the landlord/owner any money for outstanding rent.
- The unit is to be left clean and free of tenant-caused damages. If it is not, the landlord may proceed with whatever civil remedies they feel are necessary.
- The Housing Assistance Payments made by the McAllen Housing Commission on behalf of the tenant will cease on the lease termination date/move-out date (noted above).
- No vacancy loss or damage claim will be paid to the landlord by the McAllen Housing Commission.
- Will vacate unit as of the Move-Out noted above and will return all keys and devices belonging to the landlord/owner no later than the Move-Out Date.
- The tenant understands that failure to meet the items listed above may mean the termination of the family's voucher.

Tenant Signature

Date

Landlord Signature

Date

This form must be returned to the caseworker no later than 60 days before the MOVE-OUT date stated above to be processed timely.



RESCISIÓN MUTUA DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO
(Termina el Contrato de Arrendamiento antes de la fecha de vencimiento)

Nombre del Inquilino: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Nombre del Propietario: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL ARRENDAMIENTO _____

* Debe ser el último día del mes y devolverse a McHC 60 días antes de esta fecha si se muda con un voucher

Al firmar a continuación, el inquilino y el propietario entienden y acuerdan mutuamente lo siguiente:

- El contrato de arrendamiento actual finalizará a la medianoche de la fecha de terminación del arrendamiento (indicada anteriormente).
- El inquilino no le deberá al arrendador/propietario ningún dinero por el alquiler pendiente.
- La unidad debe dejarse limpia y libre de daños causados por el inquilino. Si no es así, el arrendador puede proceder con cualquier recurso civil que considere necesario.
- Los Pagos de Asistencia realizados por McAllen Housing Commission en nombre del inquilino cesarán en la fecha de terminación del contrato de arrendamiento (indicada anteriormente).
- McAllen Housing Commission no pagará ninguna reclamación por pérdida o daño al propietario.
- Desalojará la unidad y devolverá todas las llaves y dispositivos que pertenecen al arrendador/propietario a más tardar en la fecha de salida mencionada anteriormente
- El inquilino entiende que el incumplimiento de los puntos enumerados anteriormente puede significar la terminación del bono familiar.

Firma de Inquilino

Fecha

Firma de Propietario

Fecha

This form must be returned to the caseworker no later than 60 days before the MOVE-OUT date stated above to be processed timely.

PERMANENT MOVE IN OF HOUSEHOLD MEMBER

I, _____, residing at _____
 (Head of Household) (Address)

am requesting to permanently add the following member(s) from my household.

3) Name: _____
 Social Security Number: _____
 Date of Birth: _____
 Relation (circle one): Spouse Child Parent Other _____
 Occupation (circle one): Employed Unemployed Student Elderly Disabled

3) Name: _____
 Social Security Number: _____
 Date of Birth: _____
 Relation (circle one): Spouse Child Parent Other _____
 Occupation (circle one): Employed Unemployed Student Elderly Disabled

3) Name: _____
 Social Security Number: _____
 Date of Birth: _____
 Relation (circle one): Spouse Child Parent Other _____
 Occupation (circle one): Employed Unemployed Student Elderly Disabled

 Head of Household Signature

 Date

MUDANZA PERMANENTE DE UN MIEMBRO DEL HOGAR

Yo, _____, con domicilio en _____
(Jefe de hogar) (Dirección)

solicito agregar permanentemente a los siguientes miembros de mi hogar.

1) Nombre: _____
 Número de seguro social: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Relación (circule uno): Esposo Hijo Padre Otro _____
 Ocupación (circule uno): Empleado Desempleado Estudiante Anciano Discapacitado

3) Nombre: _____
 Número de seguro social: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Relación (circule uno): Esposo Hijo Padre Otro _____
 Ocupación (circule uno): Empleado Desempleado Estudiante Anciano Discapacitado

3) Nombre: _____
 Número de seguro social: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Relación (circule uno): Esposo Hijo Padre Otro _____
 Ocupación (circule uno): Empleado Desempleado Estudiante Anciano Discapacitado

Firma del Jefe de Hogar

Fecha

McHC OFFICE USE	
Tenant ID:	

PERMANENT MOVE OUT OF HOUSEHOLD MEMBER

I, _____, residing at _____
(Head of Household) (Address)

am requesting to permanently remove the following member(s) from my household.

1) Name: _____

Date of Birth: _____

2) Name: _____

Date of Birth: _____

3) Name: _____

Date of Birth: _____

4) Name: _____

Date of Birth: _____

Head of Household Signature

Date

MUDANZA PERMANENTE FUERA DE UN MIEMBRO DEL HOGAR

Yo, _____, con domicilio en _____
(Jefe de hogar) (Dirección)

solicito eliminar permanentemente a los siguientes miembros de mi hogar.

1) Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

2) Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

3) Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

4) Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Jefe de Hogar

Fecha



McHC OFFICE USE	
Tenant ID:	

Portability Request to Transfer

Name (print): _____
 Street Address: _____
 City: _____ State: _____ Zip code: _____
 Primary Phone Number: _____
 Secondary Phone Number: _____

I am requesting McAllen Housing Commission transfer my voucher to:

Housing Authority Name: _____
 Street Address: _____
 City: _____ State: _____ Zip code: _____
 Phone Number: _____ Fax Number: _____
 Contact Person's Name: _____
 E-Mail: _____

I understand that my initial PHA, McAllen Housing Commission, limits my ability to move to another Public Housing Authority to one per year.

Provide reason for porting: _____

I understand I must vacate my current unit on my written move-out date, return keys to my Landlord, clean and remove all of my belongings.

By signing this statement, I will adhere to its content.

Tenant Signature _____ Date _____

HCV Caseworker

Request to cancel transfer _____	_____
Tenant Signature	Date





McHC OFFICE USE	
Tenant ID:	

SOLICITUD DE PORTABILIDAD PARA TRANSFERIR

Nombre (letra de molde): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono principal: _____

Número de teléfono secundario: _____

Solicito a McAllen Housing Commission que transfiera mi vale a:

Nombre de la autoridad de vivienda: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Nombre de la persona de contacto: _____

Correo Electrónico: _____

Entiendo que mi PHA inicial, McAllen Housing Commission, limita mi capacidad de mudarme a otra Autoridad de Vivienda Pública a una por año.

Proporcione el motivo de la transferencia: _____

Entiendo que debo desalojar mi unidad actual en mi fecha de mudanza escrita, devolver las llaves a mi arrendador, limpiar y retirar todas mis pertenencias.

Al firmar esta declaración, me adheriré a su contenido.

Firma del Inquilino _____ Date _____

HCV Caseworker

Solicito cancelación de transferencia _____	Firma del Inquilino _____	Fecha _____
---	---------------------------	-------------



REQUEST OF APPLICATION UPDATE FORM

Head of Household: _____ Date of Birth: _____
 Email Address: _____

Mark below the type of change you are requesting and fill out the information completely

UPDATE MAILING ADDRESS

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

UPDATE PHONE NUMBER(S)

Primary Phone Number: _____ Description: _____

Secondary Phone Number: _____ Description: _____

REQUEST TO ADD NEW FAMILY MEMBER(S)

	Full Name	Date of Birth	SSN	Sex
1)	_____	_____	_____	M / F
2)	_____	_____	_____	M / F
3)	_____	_____	_____	M / F

REQUEST TO REMOVE FAMILY MEMBER(S)

	Full Name	Date of Birth	SSN	Sex
1)	_____	_____	_____	M / F
2)	_____	_____	_____	M / F
3)	_____	_____	_____	M / F

Warning: Title 18, section 1001 of the united states code, states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department or agency of the united states.

By signing below, I am certifying under penalty of perjury that the information above is true and correct.

Signature of Head of Household

Date

SOLICITUD DE FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE SOLICITUD

Jefe de hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____

Marque debajo el tipo de cambio que está solicitando y llene la información completamente

ACTUALIZAR DIRECCIÓN POSTAL

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

ACTUALIZAR NÚMERO(S) DE TELÉFONO

Número de teléfono principal: _____ Descripción: _____

Número de teléfono secundario: _____ Descripción: _____

SOLICITUD PARA AGREGAR NUEVOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

	Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo
1)	_____	_____	_____	M / F
2)	_____	_____	_____	M / F
3)	_____	_____	_____	M / F

SOLICITUD PARA REMOVER A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA

	Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo
1)	_____	_____	_____	M / F
2)	_____	_____	_____	M / F
3)	_____	_____	_____	M / F

Advertencia: El Título 18, sección 1001 del código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer, sabiendo y voluntariamente, declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma de Jefe de Hogar

Fecha

VOLUNTARY CHILD SUPPORT

To be completed by Absent Parent

I hereby affirm that I _____
(Absent Parent)

Pay _____ \$ _____
(Applicant/Tenant)

Please check one that applies:

Daily

Weekly

Monthly

Absent Parent Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Warning: Title 18, section 1001 of the united states code, states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department or agency of the united states.

By signing below, I am certifying under penalty of perjury that the information above is true and correct.

Absent Parent

Date

MANUTENCIÓN VOLUNTARIA DE NIÑOS

Para ser completado por el padre ausente

Por la presente afirmo que yo, _____
(Padre Ausente)

pago a _____ \$ _____
(Solicitante/Inquilino)

Por favor marque el que corresponda:

Diario

Semanal

Mensual

Nombre del Padre Ausente: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Advertencia: El Título 18, sección 1001 del código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer, sabiendo y voluntariamente, declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.

Padre Ausente

Fecha



McHC OFFICE USE	
Tenant ID:	

VOUCHER EXTENSION REQUEST

Name (print): _____

Phone: _____

Current Mailing Address: _____

I would like to request a voucher transfer extension for the following reason(s):

- I have made a reasonable effort to locate a unit, including seeking assistance from McHC, but was unable to find a suitable place to live.
- I have been unable to find a unit due to disability/accessibility requirements or the requirement for an oversized bedroom unit.
- I require reasonable accommodation to make the program accessible to a household member who is a person with disabilities.
- I was prevented from searching for a unit due to hospitalization, family emergency, or other extraordinary circumstance. **Verification may be required.**
- Other: _____

Applicant/Tenant SignatureDate

McHC USE ONLY	
<input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED	Voucher Issuance Date: _____ Initial Expiration Date: _____ Extension Expiration Date: _____
_____	_____
Caseworker	Date



SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE VALE

Nombre (molde): _____

Teléfono: _____

Dirección postal actual: _____

Me gustaría solicitar una extensión del vale por los siguientes motivos:

- He hecho un esfuerzo razonable para localizar una unidad, incluida la asistencia de MCHC, pero no he podido encontrar un lugar adecuado para vivir.
- No he podido encontrar una unidad debido a requisitos de discapacidad/accesibilidad o al requisito de una unidad de dormitorio de gran tamaño.
- Necesito adaptaciones razonables para que el programa sea accesible para un miembro del hogar que sea una persona con discapacidades.
- Me impidieron buscar una unidad por hospitalización, emergencia familiar u otra circunstancia extraordinaria. **Es posible que se requiera verificación.**
- Otro: _____

Firma de Aplicante/Inquilino

Fecha

USO DE McHC SOLAMENTE	
<input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED	Voucher Issuance Date: _____ Initial Expiration Date: _____ Extension Expiration Date: _____
_____ Caseworker	_____ Date