



818 S. FLORES ST. ① SAN ANTONIO, TEXAS 78204 ① www.saha.org

ASSISTED HOUSING PROGRAMS

CHANGE OF FAMILY COMPOSITION PACKET

REMOVE MEMBER

Participant:

In an effort to ensure you/your family is served in a timely manner, we are requesting that you completely fill out and sign every document in the enclosed packet within 10 days. Warning: Failure to report a change of income or family composition within 10 days could result in the termination of your housing assistance.

To remove a member of your household, you **must enclose** the following:

- a. Statement providing new address information for each household member being removed

Complete and return all the attached forms:

- a. COFC Removal Form
- b. Statement (stating change you are requesting)

FAILURE TO SUBMIT THE REQUIRED DOCUMENTATION MAY DELAY YOUR REQUEST TO ADD/REMOVE A MEMBER TO YOUR HOUSEHOLD.



818 S. FLORES ST. ○ SAN ANTONIO, TEXAS 78204 ○ www.saha.org

ASSISTED HOUSING PROGRAMS

PAQUETE PARA CAMBIAR LA COMPOSICIÓN FAMILIAR

Apreciado Participante:

Con el fin de asegurar que usted o su familia sean atendidos de manera oportuna, le solicitamos que llene completamente y firme todos los documentos del paquete adjunto dentro de los 10 días posteriores a su recibo. **Advertencia:** *El no reportar algún cambio en la entrada o en la composición familiar dentro de estos 10 días después del cambio, puede ocasionar la terminación de su asistencia para vivienda.*

1. Si está solicitando agregar miembros a la composición familiar, debe adjuntar copias de los siguientes documentos de todas las personas que van a ser agregadas:

- a. Tarjeta de Seguro Social (SS)
- b. Registro de Nacimiento
- c. Identificación con foto de las personas de 18 años o mayores
- d. Certificado de Matrimonio (si aplica)
- e. Certificado de Custodia Legal de todos los niños no biológicos
- f. Prueba de las entradas totales del hogar, incluyendo el nombre y la dirección del empleador
- g. Copias impresas de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas), Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y del Sostentamiento de Menores
- h. Comprobación del Proveedor del Cuidado Infantil en el Hogar (de todos los niños menores de 13 años)
- i. Comprobación de empleo en papel membretado del empleador ó 4-6 comprobantes de pago

2. Si está solicitando que se saque a algún miembro de su hogar, debe adjuntar lo siguiente:

- a. Una declaración que provea la información de la nueva dirección del miembro del hogar que se va a sacar.

3. Llene y devuelva todos los formularios adjuntos:

- a. Certificado de Antecedentes Penales
- b. Autorización para Divulgar Información
- c. Declaración (indicando el cambio que está solicitando)
- d. Ciudadanía (Sección 214)
- e. Autorización del Propietario

EL NO ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PUEDE RETRASAR SU SOLICITUD PARA AGREGAR O SACAR A ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR.



San Antonio Housing Authority
818 S. Flores • P.O. Box 1300
San Antonio, TX 78295
Phone (210) 477-6205

www.saha.org

CHANGE OF FAMILY COMPOSITION – REMOVE MEMBER

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND SUBMIT TO THE HOUSING AUTHORITY BEFORE PERMITTING ANYONE TO MOVE INTO YOUR HOUSING UNIT

Head of Household: _____ Date: _____

SSN: _____ Home# _____ Work/Cell# _____

Address: _____ City, State, Zip: _____

PLEASE NOTE: ALL PARTICIPANTS MUST REPORT ANY CHANGES IN FAMILY COMPOSITION OR INCOME WITHIN 10 DAYS OF THE CHANGE OCCURING

Name of Member That Moved Out: _____

Date Member Moved Out: _____

Complete Address Member Moved To: _____

Telephone Number For Member Who Moved: _____

BY SIGNING BELOW, I CONTEND THAT THE INFORMATION PROVIDED IS TRUE AND CORRECT. I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE OR INACCURATE INFORMATION MAY JEOPARDIZE MY ELIGIBILITY TO RECEIVE FUTURE ASSISTANCE.

SIGNATURE: _____ DATE: _____



San Antonio Housing Authority
818 S. Flores • P.O. Box 1300
San Antonio, TX 78295
Phone (210) 477-6205

www.saha.org

CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN FAMILIAR – PARA SACAR A UN MIEMBRO

POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO A LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE SAN ANTONIO ANTES DE PERMITIR QUE CUALQUIER PERSONA SE MUDE DE SU UNIDAD DE VIVIENDA

Cabeza de Familia: _____ Fecha: _____

Seguro Casa Tel.
Social: _____ No.: _____ Trabajo/Cell: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado,
Código Postal: _____

POR FAVOR TOME NOTA: TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN REPORTAR CUALQUIER CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN FAMILIAR O EN LA ENTRADA, DENTRO DE 10 DÍAS POSTERIORES AL CAMBIO.

Nombre de la persona que salió de la unidad de vivienda: _____
Fecha en que la persona salió de la unidad de vivienda: _____

Dirección completa de la vivienda a la cual el miembro se mudó : _____

Teléfono del miembro que se mudó: _____

AL FIRMAR ABAJO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA ES FIEL Y PRECISA. COMPRENDO QUE AL DAR INFORMACIÓN FALSA O INEXACTA PUEDO PONER EN PELIGRO MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA EN EL FUTURO.

FIRMA: _____ FECHA: _____

