

BERKS COUNTY HOUSING AUTHORITY
Active Participant/Tenant Change of Information Form

Name of Head of Household _____

Address _____ Phone _____

E-mail _____ SSN (Last 4 digits) XXX-XX-_____

What program are you on: Public Housing Housing Choice Voucher

Household Member that this change is for _____

What is changing: Income Childcare Family composition (who lives in household)

➤ INCOME-Employment/Working

➔ **Started Work** Date Started \$ _____ Pay/Hour _____ Hours/Week

Frequency of Pay Weekly Bi-Weekly Semi-Monthly Monthly

Employer Name _____ Phone _____

Employer Address _____

➔ **Stopped Work** _____ Date Stopped Working

Employer Name _____ Phone _____

Employer Address _____

➔ **Change in Rate of Pay and/or Hours** _____ Effective Date of Change

Employer Name _____ Phone _____

\$ _____ Old Pay/Hour \$ _____ New Pay/Hour

_____ Old Hours/Week _____ New Hours/Week

➤ INCOME- OTHER: _____ SSA, SSI, SSD TANF/Cash Assistance Unemployment

Provide supporting documentation with this change form, such as award letter

Started _____ Start Date \$ _____ Amount Started

Stopped _____ Stop Date \$ _____ Amount Stopped

Changed _____ Change Date \$ _____ Old Amount \$ _____ New Amount

❖ **Frequency of Pay** Weekly Bi-Weekly Semi-Monthly Monthly

➤ INCOME-Child Support: Name of Child(ren) _____

Started _____ Start Date \$ _____ Monthly Amount Started

Stopped _____ Stop Date \$ _____ Monthly Amount Stopped

Changed _____ Change Date \$ _____ Old Amount \$ _____ New Amount

➤ CHILD CARE: Name of Child(ren) _____

Started **Stopped** **Changed** _____ Effective Date

Childcare Provider _____ Phone _____

Childcare Address _____

Do you receive subsidy? YES or NO How much do you pay out of pocket per week? \$ _____

➤ FAMILY COMPOSITION-Remove Household Member _____ Effective Date

Name of member moving out _____

SSN(Last 4 digits) XXX-XX-_____ Date of Birth _____

Address they are moving to _____

➤ FAMILY COMPOSITION-Add Household Member-STOP-you must complete separate request form

I am reporting a change in my family's circumstances as described above. I understand that the Authority will use the information provided by me to determine my level of benefits or program eligibility. I understand that the Authority may verify the information I have provided with a third party. I certify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that providing false information may be cause for termination of housing assistance and may be punishable under federal law.

This form is to be used ONLY by CURRENT Public Housing tenant or CURRENT Housing Choice Voucher Participant

Signature _____ Date _____

Return completed form to your housing program manager

BERKS COUNTY HOUSING AUTHORITY
Formulario de cambio de información de participante activo / inquilino

Nombre del jefe de familia _____
 Address _____ Teléfono _____
 Habla a _____ SSN (Last 4 digits) XXX-XX-_____

¿En qué programa estás? Vivienda pública Vale de elección de vivienda
 Miembro del hogar al que pertenece este cambio
 Qué está cambiando: Ingresos Cuidado de niños Composición familiar (que vive en el hogar)

➤ **INGRESOS-Empleo / Trabajo**
 Trabajo iniciado Fecha iniciada _____ \$ _____ Pago / Hora _____ Horas / Semana _____
 Frecuencia de pago Semanal Quincenal Semi mensual Mensual
 Nombre del empleador _____ Teléfono _____

Trabajo detenido Dirección del empleado _____ Fecha en que dejó de funcionar _____
 Nombre del empleador _____ Teléfono _____
 Dirección del empleado _____

Cambio en tarifa de pago y / o horas Fecha de vigencia del cambio _____
 Nombre del empleador _____ Teléfono _____
 \$ _____ Pago anterior / hora \$ _____ Nuevo pago / hora
 Horas antiguas / semana Nuevo horario / semana

➤ **INGRESOS- OTRO:** SSA, SSI, SSD TANF/Asistencia en efectivo Desempleo
 Proporcione documentación de respaldo con este formulario de cambio, como una carta de adjudicación
 Empezado Fecha de inicio _____ \$ _____ Cantidad iniciada _____
 Detenido Fecha de finalización _____ \$ _____ Monto detenido _____
 Cambiado Cambiar fecha _____ \$ _____ Monto anterior \$ _____ Nueva cantidad _____
 Frecuencia de pago Semanal Quincenal Semi mensual Mensual

➤ **INGRESOS-Manutención de niños:** Nombre del niño (s) _____
 Empezado Fecha de inicio _____ \$ _____ Monto mensual iniciado _____
 Detenido Fecha de finalización _____ \$ _____ Monto mensual detenido _____
 Cambiado Cambiar fecha _____ \$ _____ Monto anterior \$ _____ Nueva cantidad _____

➤ **CUIDADO DE LOS NIÑOS:** Nombre del niño (s) _____
 Empezado Detenido Cambiado _____ Effective Date _____
 Cuidador infantil _____ Phone _____
 Dirección de cuidado de niños _____
 ¿Recibe subvención? Sí o no _____ ¿Cuánto paga de su bolsillo por semana? \$ _____

➤ **COMPOSICIÓN FAMILIAR-Eliminar miembro del hogar** _____ Fecha efectiva _____
 Nombre del miembro que se muda _____
 SSN(Últimos 4 dígitos) XXX-XX-_____ Fecha de nacimiento _____
 Address they are moving to _____

➤ **COMPOSICION FAMILIAR-Agregar miembro del hogar-DETENER-debe completar el formulario de solicitud por separado**

Estoy informando un cambio en las circunstancias de mi familia como se describe arriba. Entiendo que la Autoridad utilizará la información proporcionada por mí para determinar mi nivel de beneficios o elegibilidad para el programa. Entiendo que la Autoridad puede verificar la información que he proporcionado con un tercero. Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa puede ser motivo de cancelación de la asistencia para la vivienda y puede ser punible según la ley federal.
Este formulario debe ser utilizado ÚNICAMENTE por el inquilino ACTUAL de vivienda pública o el participante ACTUAL del vale de elección de vivienda
 Firma: _____ Fecha: _____
 Devuelva el formulario completo a su administrador del programa de vivienda