

Rec.:

Proc.

## FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE DOMICÍLIO

Observe que algumas alterações nas informações de domicílio podem ser solicitadas on-line, usando o Portal do requerente, disponível no site <https://cha.applicants4housing.com>. O portal também pode ser usado para verificar o seu status na lista de espera para a qual se cadastrou. Caso não consiga acessar o Portal do requerente, preencha o formulário abaixo. Caso já tenha solicitado uma alteração pelo Portal do requerente, não é necessário preencher este formulário. Pode levar até dez dias úteis para que a CHA processe a sua solicitação, após o recebimento.

Os candidatos são responsáveis por informar à CHA as mudanças de informações sobre a composição do domicílio, dados para contato, renda e/ou preferências de seleção. Os formulários de alteração de informações do domicílio podem ser entregues pessoalmente ou enviados pelo correio para:

**Cambridge Housing Authority—Attn: Admissions**  
**362 Green Street, 3rd Floor**  
**Cambridge, MA 02139**

Se tiver dúvidas sobre o processo de solicitação, entre em contato com a Cambridge Housing Authority, pelo número (617) 864-3020.

### 1. DADOS SOBRE O CHEFE DE FAMÍLIA (obrigatório)

|            |       |                          |   |
|------------|-------|--------------------------|---|
| Sobrenome: | Nome: | Inicial do nome do meio: | Nº de inscrição na seguridade social (SSN): |
|            |       |                          | X X X - X X -                               |



**INSIRA SOMENTE INFORMAÇÕES NOVAS (CASO TENHA HAVIDO ALGUMA MUDANÇA DESDE O ÚLTIMO REQUERIMENTO OU ATUALIZAÇÃO). OBSERVE QUE ALTERAÇÕES QUE LEVEM A UMA ALTERAÇÃO PREFERENCIAL OU NO TAMANHO NECESSÁRIO DE QUARTO PODERÃO AFETAR A SUA POSIÇÃO NA LISTA DE ESPERA.**

### 2. NOVO ENDEREÇO

Endereço, inclusive número do apartamento. Este deve ser o endereço mais adequado para que a CHA o encontre por correio:

Cidade: Estado: CEP:

### 3. INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO (preencher somente se tiver havido alteração)

| Nome | Inicial do nome do meio | Sobrenome | SSN<br>###-##-#### | Parentesco com o chefe de família | Data de nascimento<br>mm/dd/aaaa | Gênero<br>(M ou F) | Adicionar ou excluir |
|------|-------------------------|-----------|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------|
| 1.   |                         |           | - -                | <b>Chefe de família</b>           | / /                              |                    |                      |
| 2.   |                         |           | - -                |                                   | / /                              |                    |                      |
| 3.   |                         |           | - -                |                                   | / /                              |                    |                      |

### 4. INFORMAÇÕES SOBRE A RENDA (preencher se tiver havido alteração)

| Nome completo | Renda | Frequência de pagamento (não usar por hora) | Fonte de renda (descreva se selecionar Outra)  |
|---------------|-------|---|--|
|               | \$    |   | <input type="checkbox"/> Salário <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Previdência Social (S.S.) <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFDC <input type="checkbox"/> EAEADC <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia de menor <input type="checkbox"/> Seguro desemprego <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
|               | \$    |   | <input type="checkbox"/> Salário <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Previdência Social (S.S.) <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFDC <input type="checkbox"/> EAEADC <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia de menor <input type="checkbox"/> Seguro desemprego <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

Nome do chefe de família: \_\_\_\_\_

### 5. PREFERÊNCIA DE SELEÇÃO

Marque TODAS as situações relevantes para o seu domicílio (*quando o seu nome chegar ao topo de alguma lista de espera, você*

- Residente de Cambridge** – o candidato mora **permanentemente** em Cambridge na data de entrega deste formulário (o que inclui residentes de Cambridge em alojamentos comunitários [Congregate Housing] e ocupação em quarto de solteiro

\_\_\_\_\_ \_Cambridge\_ MA\_ \_\_\_\_\_  
endereço cidade estado CEP

- Abrigo ou unidade transitória em Cambridge** – o candidato está ou estava morando em um abrigo ou unidade transitória em Cambridge e foi relocado pelo Departamento de Assistência Transitória (Department of Transitional Assistance, DTA) ou

\_\_\_\_\_ \_Cambridge\_ MA\_ \_\_\_\_\_  
Nome do abrigo ou instituição endereço cidade estado CEP

- Empregado em Cambridge** – o candidato não é residente de Cambridge; no entanto, está empregado ou prestes a ser empregado em Cambridge na data em que enviou este formulário e no momento da seleção e liberação para aluguel. ▼

\_\_\_\_\_ \_Cambridge\_ MA\_ \_\_\_\_\_  
Nome do empregador endereço do empregador cidade estado CEP

- Veterano de guerra:** alguém do seu domicílio é veterano de guerra ou o cônjuge sobrevivente, pai/mãe ou outro dependente de um veterano que tenha tido morte ligada aos serviços prestados em guerra?  Sim  Não

### 6. ALTERAÇÕES ADICIONAIS

Use o espaço abaixo para fazer alterações não constantes deste formulário. ▼

### 7. AVISO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO

O Departamento de Habitação de Cambridge não discrimina com base em raça, religião, sexo, cor, nacionalidade, idade, incapacidade ou estado civil. Proporcionamos igualdade de acesso a pessoas com deficiência aos nossos programas, serviços e atividades.

### 8. CONFIRMAÇÃO DE REQUERIMENTO

**Entendo que este formulário não constitui uma oferta de habitação. Com base neste formulário, entendo que não devo fazer planos de mudança nem rescindir o meu atual contrato de aluguel. Entendo que é minha responsabilidade informar à Autoridade de Habitação sobre alterações de endereço, renda, alojamento razoável, seleção para lista de espera e/ou composição familiar, sob pena de o meu requerimento ser cancelado. Confirmo que as informações por mim fornecidas neste documento são verdadeiras e corretas. Entendo que falsos testemunhos ou representações falsas são violações criminais, passíveis de punição pelas leis estaduais e federais. Entendo também que fornecer informações ou declarações falsas são motivos para recusa do meu requerimento, rescisão de contrato de aluguel ou de participação no programa.**

Assinatura do requerente

Data

