

# HOUSING AUTHORITY OF THE COUNTY OF MERCED

405 U Street, Merced, CA 95341

Teléfono (209) 382-2003 \* Fax (209) 382-2114



Oportunidad de Igualdad  
en la Vivienda

## Instrucciones para la Aplicación del Desarrollo Rural en las Viviendas Felix Torres

### **LEA CON CUIDADO!**

**APLICACIONES** serán distribuidas en la OFICINA DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDAS en el domicilio 925 N. Plainsburg Rd., Planada, CA. Aunque, la prioridad no será establecida hasta que el aplicante haya entregado toda la información necesaria. Una carta será mandada por correo al aplicante dentro de 10 días indicando que documentos son necesarios para que la aplicación sea considerada completa. LA PRIORIDAD NO SERÁ ESTABLECIDA HASTA QUE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS SE HAYAN RECIBIDO. La hora y la fecha que todos los documentos finalmente se hayan recibido serán notadas en la lista de espera para establecer prioridad. Una aplicación completa incluye una autorización para verificar empleo e ingresos. **NO TENEMOS VIVIENDAS DE EMERGENCIA.**

Aplicaciones para las Viviendas Felix Torres están puestas en la lista de espera por orden de fecha, hora, preferencia e ingresos.

**REQUISITOS DE INGRESOS.** Para ser elegible usted debe ganar un mínimo de \$5,752.50 anualmente del empleo del trabajo de agrícola.

**REQUISITOS DE RESIDENCIA.** Aplicantes que aplican para asistencia de vivienda, no importe su edad, tendrá que someter pruebas de su ciudadanía de Estados Unidos por nacimiento, naturalización, o su declaración firmada en cuanto a su status de inmigración elegible.

Usted debe proveer la información siguiente con su aplicación:

1. Prueba de clase de residencia en E.E.U.U.
2. verificación de ingreso para todos los miembros de la casa por ejemplo:
  - SALARIOS: talones de cheques, reporte del patrón, W-2 con las formas
  - UIB: reporte de beneficios
  - TANF: aviso de la acción
  - SSI/SSA: reporte de beneficios

La renta depende en el tamaño de familia y ingresos. Los límites máximos actuales son variables según el número de inquilinos.

**CAMBIO DE DOMICILIO.** Por favor pongase en contacto con la Autoridad de Viviendas si usted tiene un cambio en su domicilio de correo o número de teléfono.

***“De acuerdo a leyes Federales y pólizas del Departamento de Agricultura de Estado Unidos, esta institución está prohibida en discriminar a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o deshabilidad. (No todas las bases prohibidas aplican a todos los programas). Para someter una queja de discriminación, escriba al Director, USDA, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410, o llame (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TDD).”***

**CONSOLIDATED AREA HOUSING AUTHORITY  
U S D A / DESARROLLO RURAL EN LAS VIVIENDAS FELIX TORRES**

<b>AVISO AL APLICANTE:</b> Información en la aplicación debe estar completa. Si no está completa, la aplicación sera regresada al aplicante. Es su responsabilidad de ponerse en contacto con esta oficina para avisarles de cualquier cambio en sus circunstancias: domicilio, teléfono, ingresos, número de miembros en su hogar, etc. para mantener su posición en la lista de espera.						<b>PARA USO DE OFICINA</b> <b>APLICACIÓN #</b> _____ <b>FECHA/HORARECIBIDA</b> _____ - <b>% DE ING</b> _____ <b>TAMAÑO DE</b> <b>RECÁMARAS</b> _____	
<b>Prioridad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>VL</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	

**I. INFORMACIÓN PERSONAL** – Por favor indique TODAS las personas que vivirán con usted:

	<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>RELACIÓN AL APLICANTE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>SEXO</b>
<b>1</b>		<b>YO MISMO</b>			
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					
<b>5</b>					
<b>6</b>					
<b>7</b>					
<b>8</b>					

**II. HISTORIA DE VIVIENDAS** – Todo aviso y llamada telefónica se mandará an este domicilio y número de teléfono:

**DOMICILIO ACTUAL:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO DE CORREO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE CASA:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO DE TRABAJO:** \_\_\_\_\_

**MENSAJE/NÚMERO CELULAR :** \_\_\_\_\_

**VIVIENDO EN ESTE HOGAR DE** \_\_\_\_\_ **A** \_\_\_\_\_

**CANTIDAD DE RENTA PAGADA \$** \_\_\_\_\_

**RÁZON POR LA QUE DESALOJO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL DUEÑO** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si usted contesta si a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor explique en una hoja de papel separada y agreguela a esta aplicación.

- Usted ha tenido un domicilio adicional no mencionado anteriormente, o ha aplicado para viviendas bajo un nombre diferente? Si \_\_\_ No \_\_\_ . Si es que si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- Está usted relacionado con cualquiera de los dueños anteriores? Si \_\_\_ No \_\_\_ . Si es que si, por favor indique su relación despues del nombre del dueño en la linea anterior. \_\_\_\_\_
- Usted anticipa un cambio en la cantidad de personas en su hogar por cualquier razón dentro de los siguientes 12 meses? Si \_\_\_ No \_\_\_
- Usted o cualquier miembro de su familia de 18 años o mayores están atendiendo a la escuela? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si es que si, quien? \_\_\_\_\_
- Usted requiere de una unidad accesible para deshabilitados o acomodos especiales? Si es que si, por favor explique.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Usted o cualquier miembro de la familia del aplicante ha sido arrestado o juzgado por algún crimen penal?

Si \_\_\_ No \_\_\_ Si es que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Usted o cualquier miembro de la familia del aplicante está bajo condición libre de pena? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si es que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

g. Usted o cualquier miembro de la familia del aplicante alguna vez ha vivido en Viviendas Públicas o recibido

Asistencia de Renta Sección 8? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si es que si, Donde: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

### III. EMPLEO ACTUAL/PREVIO:

EMPLEO	DOMICILIO	TELÉFONO	FECHAS DE EMPLEO

### IV. INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR

INGRESOS (Indique el tipo de trabajo)	MENSUAL	ANUAL
1. Agrícola:		
2. Otro Empleo:		
3. Compensación de Desempleo:		
4. TANF- asistencia para familias con hijos dependientes		
5. SSI/SSA-Seguro Social		
6. Beneficios Matrimoniales/Asistencia para Hijos Menores		
7. Pensión, Jubilación o Préstamos de Capital		
8. Interés		
9. Otro (Especifique)		
	INGRESO TOTAL ANUAL	

### V. BIENES: Liste TODAS las Cuentas de Ahorros/Cheques que tenga. Si no tiene, marque NINGUNA.

NOMBRE DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	DOMICILIO	TELÉFONO

Liste cualquier otro bien (bienes raíces, seguro de vida, depósitos de tiempo o cuentas de jubilación, etc.). Liste detalles en una hoja separada. Si no tiene, marque NINGUNO. \_\_\_\_\_

### VI. CUIDADO DE HIJOS: (Complete solamente si sus hijos tienen 12 años de edad o menos y viven en su hogar).

Usted emplea el cuidado de sus hijos para que usted o alguien en su hogar trabaje o continúe su educación?

( ) Si ( ) No

Estos gastos son pagados por usted? ( ) Si ( ) No

Cantidad Pagada: \$ \_\_\_\_\_

### VII. GASTOS MÉDICOS: Usted tiene gastos médicos que exceden el 3% (tres por ciento) de sus ingresos anuales?

( ) Si ( ) No

NOTA: Gastos médicos solamente pueden ser deducidos para hogares con ancianos (encabezado de la familia, su esposa o esposo, o el miembro único en el contrato de arrendamiento que tenga 62 años de edad o mayor O un individuo con una deshabilidad).

### VII. VEHICULOS:

Marca/Modelo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_

### VIII. RAZA/ETHNICIDAD

La información que refiere a raza, ethnicidad, y designación sexual solicitada en esta aplicación se pide para asegurarle al Gobierno Federal, actuando por medio del Servicio de Viviendas Rurales, que las leyes federales que prohíben la discriminación en contra de aplicaciones de inquilinos basadas en raza, color, origen nacional, religión, sexo, status familiar, edad y deshabilidad se están cumpliendo. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se le pide de favor que lo haga. Esta información no se usará en evaluar su aplicación o en discriminar en contra suya de cualquier manera. Aunque, si usted prefiere no proporcionar esta información, el dueño está obligado a notar la raza, ethnicidad, y sexo de aplicantes individuales basado en observación visual o apellido.

**Ethnicidad:**

A. Hispánico o Latíno \_\_\_\_ B. No Hispánico o Latíno \_\_\_\_

**Raza:**

- 1 Indio Americano o Nativo de Alaska \_\_\_\_
- 2 Asiático \_\_\_\_
- 3 Negro o Africano Americano \_\_\_\_
- 4 Hawaiano Nativo o Nativo de Otras Islas Pacificas \_\_\_\_
- 5 Blanco \_\_\_\_

**Sexo:** Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

Yo certifico que la vivienda a la que estoy aplicando será mi hogar permanente. Yo certifico que yo no mantendré otra unidad separada de renta subsidiada en una localidad diferente.

**EL APLICANTE VERIFICA QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ESTÁ COMPLETA Y PRECISA Y QUE CUALQUIER MALA REPRESENTACIÓN DESCALIFICARÁ AL APLICANTE. EL APLICANTE AUTORIZA LA INVESTIGACIÓN Y LA VERIFICACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL APLICANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CO-APLICANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE:**

**Aplicación completa recibida:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Prioridad: 1 2 3 \_\_\_\_\_ V L M

**Ingresos:** (ajustados para el tamaño de familia) \_\_\_\_\_

Ingresos de labor de campo: \_\_\_\_\_

**Deducciones:** Dependientes \_\_\_\_\_ Cuidado de Hijos \_\_\_\_\_

Hogar de Anciano \_\_\_\_\_

Gastos Médicos: \_\_\_\_\_

Gastos para Deshabilitados: (3% de ingresos anuales podrán ser deducidos) \_\_\_\_\_

**Califican:** Si/No \_\_\_\_\_ Asistencia de Renta Asignada: \_\_\_\_\_

**DENTRO DE 10 DÍAS CALENDARIOS DE QUE SE RECIBA LA APLICACIÓN COMPLETA, EL APLICANTE SERÁ NOTIFICADO DE SU STATUS**

Status de la aplicación: Vivienda \_\_\_\_\_  
(Fechas) Rechazada \_\_\_\_\_  
Incompleta \_\_\_\_\_

Puesta en la Lista de Espera \_\_\_\_\_  
Sacada \_\_\_\_\_

(Agregue copias de correspondencia escrita a esta aplicación)

Especialista: \_\_\_\_\_



¿Tiene usted, o cualquier otro miembro de su familia lo siguiente?

1. ¿Ahorros en efectivo y/o cuenta corriente, caja de seguridad, dinero contante en el hogar, etc.  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, cuanto, y bajo el poder de quién?)
2. ¿Hay un fideicomiso a disposición de su familia, y quienes tienen acceso?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, que es el valor y quien es el beneficiario?)
3. ¿Tiene equidad en bienes inmuebles u otra inversión de capital?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, describa la inversión(es), la cantidad monetaria, en el nombre(s) de quien son retenidos.
4. ¿Tiene algunas otras inversiones en acciones, bonos, certificados de tesorería, certificados de depósito certificados de bolsa de valores, o cualquier otra inversión negociable no mencionada en este cuestionario?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, describa la inversión(es), la cantidad monetaria, en el nombre(s) de quien son retenidos.
5. ¿Tiene cuenta personal de jubilación (IRA) o plan Keogh?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, declare a los interesados gobernantes, nombre(s) mencionados en el plan y el valor del plan.)
6. ¿Tiene beneficios en un fondo de jubilación y/o pensión?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, y el beneficiario todavía trabaja, declare la cantidad que el individuo y/o la familia puede sacar sin retirarse de, o terminar empleo.)
7. ¿Tiene anticipado recibimientos de suma global u intereses acumulados con respecto a, herencias, ganancias de capital, ganancias por una sola vez de lotería(s), liquidación de aseguración, y/o otras reclamaciones?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, describa el tipo de recibo, declare la cantidad(es) de ingreso que anticipa recibir, y a quien es pagadero.)
8. ¿Tiene propiedad personal retenida como inversión en forma de joyas, alhajas, colección de monedas, o cosas antiguas de valor de cualquier clase?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, describa el tipo de propiedad personal, declare el valor, y valor, y el nombre(s) de dueño(s).)
9. ¿Dispuesto de bienes con valor en exceso de \$1000 dentro de dos años previo a la fecha concurrente con esta certificación/recertificación?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, ofrezca los particulares incluyendo la cantidad(es) en dólares, y el nombre(s) de la persona(s) recibiendo el producto.)

**(Descuentos)**

Tiene usted, o cualquier otro miembro de su familia lo siguiente:

10. ¿Tiene que pagar costos por el cuidado de niños regularmente?  
 SI       NO (¿Si contesta que sí, declare a quien se le paga el costo, cuanto es pagado, y por cual miembro de la familia.)

11. ¿Paga por asistencia a persona incapacitada tal como cuidado y/o aparatos?

\_\_\_ SI      \_\_\_ NO (¿Si contesta que sí, declare a quien se le paga, cuanto se le paga, y por cual miembro de la familia.)

(Yo/nosotros, los firmantes por la presente afirmo/afirmamos que a nuestro conocimiento la información establecida anteriormente es verídica, correcta y complete, y por esto autorizó/autorizamos verificación por el dueño de este proyecto y/o su comisionado.)

Núm. 1 Nombre: \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Date: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(solicitante/inquilino)

Núm. 2 Nombre: \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Date: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(solicitante/inquilino)



## Housing Authority of the County of Merced

405 U STREET MERCED, CA 95341  
PHONE (209) 722-3501 TDD 711 or 800-855-7100  
[www.merced-pha.com](http://www.merced-pha.com)

---

### Referencias

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono. \_\_\_\_\_

Teléfono. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono. \_\_\_\_\_

Teléfono. \_\_\_\_\_

*“In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, age, disability, religion, sex, and familial status. (Not all bases apply to all programs).”*

*To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, and 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TDD).”*





**Housing Authority of the County of Merced**

405 U STREET MERCED, CA 95341  
PHONE (209) 722-3501 TDD 711 or 800-855-7100  
[www.merced-pha.com](http://www.merced-pha.com)

**TODAS LAS PERSONAS EN EL HOGAR QUE TIENEN 18 AÑOS DE EDAD O MÁS DEBEN FIRMAR A CONTINUACIÓN.**

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo / nosotros, los abajo firmantes, autorizamos a cualquier agencia, oficina, grupo, organización, empresa comercial u otra persona o entidad a divulgar a la AUTORIDAD DE VIVIENDA DEL CONDADO DE MERCED, toda la información o informes de cualquier tipo, documentación, o antecedentes penales o policiales que se consideren necesarios para completar y verificar mi solicitud de participación, y / o para mantener mi elegibilidad continua.

La información necesaria puede incluir verificación o consultas sobre mi identidad, miembros del hogar, empleo, ingresos, residencia, asistencia de residencia y antecedentes penales y / o policiales. Las organizaciones que pueden ser contactadas deben incluir, entre otras, instituciones financieras; empleadores pasados o presentes; Administración de la Seguridad Social; Agencia de Servicios Humanos del Condado de Merced; Administración de Veteranos; empresas de servicios públicos; Pagadores de Compensación de Trabajadores; sistemas de jubilación públicos y privados; División de Apoyo Familiar; las fuerzas del orden; proveedores de servicios de salud; Oficinas Estatales de Empleo y Discapacidad; Lao Family Community Inc.; el Departamento de Salud Mental, y / o la Coalición de Central Valley para Viviendas Asequibles.

Es con pleno entendimiento y consentimiento que se utilice una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente.

Este formulario de consentimiento vence 15 meses después de la fecha de la firma.

**NOMBRE DE CABEZA DE FAMILIA:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE ESPOSO/A:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE OTRO ADULTO:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE OTRO ADULTO:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE OTRO ADULTO:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_





- |                          |  |                        |
|--------------------------|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ضع علامة في هذا المربع إذا كنت تقرأ أو تتحدث العربية.                                  | 1. Arabic              |
| <input type="checkbox"/> | Խոսողո՞ւմ ե՞սք նշո՞ւմ կատարե՞ք այս քանակուսու՞մ, եթե խոսո՞ւմ կա՞մ կարո՞ւմ ե՞ք հայերեն: | 2. Armenian            |
| <input type="checkbox"/> | যদি আপনি বাংলা পড়েন বা বলেন তা হলে এই বাক্সে দাগ দিন।                                 | 3. Bengali             |
| <input type="checkbox"/> | ល្អបញ្ជាក់ក្នុងប្រអប់នេះ បើអ្នកអាន ឬនិយាយភាសា ខ្មែរ ។                                  | 4. Cambodian           |
| <input type="checkbox"/> | Motka i kahhon ya yangin ûntûngnu' manaitai pat ûntûngnu' kumentos Chamorro.           | 5. Chamorro            |
| <input type="checkbox"/> | 如果你能读中文或讲中文，请选择此框。   | 6. Simplified Chinese  |
| <input type="checkbox"/> | 如果你能讀中文或講中文，請選擇此框。   | 7. Traditional Chinese |
| <input type="checkbox"/> | Označite ovaj kvadratić ako čitate ili govorite hrvatski jezik.                        | 8. Croatian            |
| <input type="checkbox"/> | Zaškrtněte tuto kolonku, pokud čtete a hovoříte česky.                                 | 9. Czech               |
| <input type="checkbox"/> | Kruis dit vakje aan als u Nederlands kunt lezen of spreken.                            | 10. Dutch              |
| <input type="checkbox"/> | Mark this box if you read or speak English.  | 11. English            |
| <input type="checkbox"/> | اگر خواندن و نوشتن فارسی بلد هستید، این مربع را علامت بنید.                            | 12. Farsi              |

<input type="checkbox"/>	Cocher ici si vous lisez ou parlez le français.	13. French
<input type="checkbox"/>	Kreuzen Sie dieses Kästchen an, wenn Sie Deutsch lesen oder sprechen.	14. German
<input type="checkbox"/>	Σημειώστε αυτό το πλαίσιο αν διαβάζετε ή μιλάτε Ελληνικά.	15. Greek
<input type="checkbox"/>	Make kazye sa a si ou li oswa ou pale kreyòl ayisyen.	16. Haitian Creole
<input type="checkbox"/>	अगर आप हिन्दी बोलते या पढ़ सकते हैं तो इस बक्स पर चिह्न लगाएँ।	17. Hindi
<input type="checkbox"/>	Kos lub voj no yog koj paub twm thiab hais lus Hmoob.	18. Hmong
<input type="checkbox"/>	Jelölje meg ezt a kockát, ha megérta vagy beszéli a magyar nyelvet.	19. Hungarian
<input type="checkbox"/>	Markaam daytoy nga kahon no makabasa wenno makasaoka iti Ilocano.	20. Ilocano
<input type="checkbox"/>	Marchi questa casella se legge o parla italiano.	21. Italian
<input type="checkbox"/>	日本語を読んだり、話せる場合はここに印を付けてください。	22. Japanese
<input type="checkbox"/>	한국어를 읽거나 말할 수 있으면 이 칸에 표시하십시오.	23. Korean
<input type="checkbox"/>	ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຊ່ອງນີ້ ຖ້າທ່ານອ່ານຫຼືປາກພາສາລາວ.	24. Laotian
<input type="checkbox"/>	Prosimy o zaznaczenie tego kwadratu, jeżeli posługuje się Pan/Pani językiem polskim.	25. Polish

<input type="checkbox"/>	Assinale este quadrado se você lê ou fala português.	26. Portuguese
<input type="checkbox"/>	Însemnați această casuță dacă citiți sau vorbiți românește.	27. Romanian
<input type="checkbox"/>	Пометьте этот квадратик, если вы читаете или говорите по-русски.	28. Russian
<input type="checkbox"/>	Обележите овај квадратик уколико читате или говорите српски језик.	29. Serbian
<input type="checkbox"/>	Označte tento štvorček, ak viete čítať alebo hovoriť po slovensky.	30. Slovak
<input type="checkbox"/>	Marque esta casilla si lee o habla español.	31. Spanish
<input type="checkbox"/>	Markahan itong kuwadrado kung kayo ay marunong magbasa o magsalita ng Tagalog.	32. Tagalog
<input type="checkbox"/>	ให้กาเครื่องหมายลงในช่องถ้าท่านอ่านหรือพูดภาษาไทย.	33. Thai
<input type="checkbox"/>	Maaka 'i he puha ni kapau 'oku ke lau pe lea fakatonga.	34. Tongan
<input type="checkbox"/>	Відмітьте цю клітинку, якщо ви читаете або говорите українською мовою.	35. Ukrainian
<input type="checkbox"/>	اگر آپ اردو پڑھتے یا بولتے ہیں تو اس خانے میں نشان لگائیں۔	36. Urdu
<input type="checkbox"/>	Xin đánh dấu vào ô này nếu quý vị biết đọc và nói được Việt Ngữ.	37. Vietnamese
<input type="checkbox"/>	באצייכנט דעם קעסטל אויב איר לייענט אדער רעדט אידיש.	38. Yiddish