



Para uso en Office:

Fecha: _____

Aplicación # _____

BR. Size _____

Preference _____

AUTORIDAD DE VIVIENDA DE CENTRAL FALLS

30 Washington Street, Central Falls, RI 02863
Oficina Principal (401) 648-8298 Fax (401) 648-8298
TDD (800) 545-1833 ext. 404

Solicitud de alquiler de vivienda pública

OPCIONES DE LISTA DE ESPERA		
SELECCIÓN DE DESARROLLO	NOMBRE	DIRECCIÓN
	Forand Manor y Wilfrid Manor Lista de espera:: () 1 cama () 2 camas	

La siguiente solicitud de vivienda pública debe completarse en su totalidad. Si necesita ayuda, comuníquese con la Autoridad para programar una cita. Si necesita un traductor, notifique a la oficina con 48 horas de anticipación su cita para que se puedan hacer los arreglos.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
Nombre del Jefe del Hogar:		
Fecha de nacimiento:	SSN:	Teléfono:
Corriente address:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
OwnRent (Por favor, círculo)	Pago mensual o alquiler:	¿Cuánto tiempo?
Estado civil: Soltero (soltero, viudo, divorciado) casado (por favor círculo)		
Apellido de soltera:	Si está divorciado o separado; nombre del ex cónyuge:	
Raza: Blanco Negro Americano Indio/Alaska Nativo Asiático/Isleño del Pacífico Otro		(Por favor Círculo)
Etnicidad: Hispano No Hispano	EMAIL DIRECCIÓN:	
La información anterior relacionada con la raza y el origen étnico se requiere con fines estadísticos para que HUD pueda determinar el grado en que sus programas son utilizados por las familias minoritarias.		

Entiendo que es mi responsabilidad como solicitante de asistencia para el alquiler de informar a la Autoridad de Vivienda de Central Falls cada vez que me mudo a una nueva dirección. Soy consciente de que si no informo de un cambio de dirección, mi solicitud será eliminada de la lista de espera si el correo no se puede entregar.

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Enumere a todas las personas, incluido usted mismo, que vivirán en la unidad. (El solicitante principal es cabeza de familia)

	NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	Sexo	RAZA	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	Edad	SEGURIDAD SOCIAL #
1		Yo (HOH)						
2								
3								
4								

FUENTES DE INGRESOS Enumere todos los montos de ingresos mensuales a continuación

FUENTE DE INGRESOS	MIEMBRO DE LA FAMILIA # 1	MIEMBRO DE LA FAMILIA # 2	MIEMBRO DE LA FAMILIA # 3	MIEMBRO DE LA FAMILIA # 4
Seguridad social				
Ssi				
GPA				
Beneficios para Veteranos				
Pensión				
Compensación al Trabajador				
Pensión alimenticia				
AFDC / TANF				
Empleo				
Desempleo				
SSDI				
Otros (Describa a continuación)				

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

FUENTE DE INGRESOS	MIEMBRO DE LA FAMILIA #1 VALOR	MIEMBRO DE LA FAMILIA #2 VALOR	MIEMBRO DE LA FAMILIA #2 VALOR	MIEMBRO DE LA FAMILIA #3 VALOR	TIPO DE INTERÉS	CUENTA #
Comprobación						
Comprobación						
Ahorros						
Ahorros						
Ahorros						
Certificados de depósito						
Certificados de depósito						
IRA						
Anualidades						
Seguro de Vida-Integral						
Seguro de Vida-Plazo						
Otros (lista)						
Otros (lista)						
Otros (lista)						

POR FAVOR COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	
¿Es usted propietario/copropietario de una propiedad (en los EE. UU. u otro país)?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, enumere el tipo de propiedad, el	
¿Ha eliminado algún activo a menos de su valor de mercado en los últimos dos años?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, sírvase explicar:	

GASTOS MÉDICOS (Solo para solicitantes de edad avanzada / discapacitados /	
Por favor, compruebe todo lo que se aplica a su hogar:	
	Pague cualquier parte de sus primas médicas o cobertura de hospitalización
	Pagar cualquier copago para médicos u hospital
	Pagar las recetas
	Pague por los medicamentos sin receta que su médico le haya ordenado
	Cualquier otro gasto médico, en caso afirmativo, describa a continuación

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA PARA DISCAPACITADOS/DISCAPACITADOS	
Por favor, compruebe todo lo que se aplica a su hogar	
	¿Se han previsto gastos no reembolsados durante los próximos 12 meses para el cuidado de asistentes y aparatos auxiliares para un miembro de la familia con una discapacidad o discapacidad que sean necesarios para permitir que un miembro de la familia (incluida la persona con discapacidad o discapacidad) sea empleado?
	¿Algún miembro de su hogar requiere instalaciones de vivienda especiales? En caso afirmativo, explique lo siguiente:

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA	
Por favor, haga un círculo si lo siguiente se aplica a su hogar y, cuando corresponda, describa los detalles	
¿Es usted actualmente un participante que recibe asistencia en algún Programa hud? Ejemplo: Sección 8 o Vivienda Pública	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, ¿a qué Autoridad de Vivienda está afiliada la asistencia?	

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL JEFE DE FAMILIA Y DE LA FAMILIA	
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Alguno de los miembros de su familia ha sido condenado por un delito grave?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido arrestado y/o condenado por algún delito?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Alguna vez has vivido en algún otro estado que no sea Rhode Island?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Ciudad estado
¿Alguna vez has vivido en Vivienda Pública?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Ciudad estado
¿Alguna vez ha recibido la Sección 8 o cualquier otra asistencia del programa HUD?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, ¿qué programa y dónde?	Programa: Ciudad: Estado:
¿Debe el alquiler retroactivo a cualquiera de los anteriores o a la CFHA?	Sí No (por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Ciudad estado
¿Alguna vez ha sido desalojado o violado su contrato de arrendamiento mientras participaba en un Programa de Vivienda Pública, Sección 8, otro Programa de HUD?	Sí No (por favor, haga un círculo)

En caso afirmativo, ¿qué programa, dónde y por qué?	Qué programa Ciudad Estado	
Explicar la razón		
¿Está usted o alguien en su hogar obligado a registrarse en el registro de delincuentes sexuales de por vida de cualquier estado?	Sí No	(por favor, haga un círculo)
¿Eres tú o alguien en tu hogar un usuario de marihuana medicinal?	Sí No	(por favor, haga un círculo)
En caso afirmativo, haga una lista de todos los Estados en los que usted o cualquier otro miembro de su hogar haya vivido alguna vez:		

CONTACTOS DE EMERGENCIA: proporcione dos números de amigos / familiares con los que podamos comunicarnos si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:

HISTORIA DEL PROPIETARIO

Alquiler mensual actual	\$	
¿Cuánto paga por los servicios públicos por mes?	\$	
Dirección actual	Calle: Ciudad: Estado:	
Propietario actual name	Nombre:	
Número de teléfono actual del propietario	Inicio:	Celular:
Dirección actual del propietario	Calle: Ciudad: Estado:	
¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección actual?	Meses:	Años:
Dirección anterior	Calle: Ciudad: Estado:	
Propietario anterior name	Nombre:	
Propietario anterior unddress	Calle: Ciudad: Estado:	
¿Cuánto tiempo has vivido en esta dirección?	Meses:	Años:
Si hay menos de 5 años de historial del propietario, adjunte información adicional sobre lospropietarios anteriores y el historial de alquiler.		

Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos tipifica como delito penal hacer declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos en cuanto a cualquier asunto dentro de sus jurisdicciones.

INICIALES DEL JEFE DE HOGAR _____

Entiendo que debo notificar a la Autoridad de Vivienda de Central Falls, por escrito, de cualquier cambio de dirección. De lo contrario, se eliminará su nombre de la lista de espera.

INICIALES DEL JEFE DE HOGAR _____

Doy fe de que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Fecha de firma del solicitante

Fecha de firma del representante de CFHA