



CENTRAL FALLS HOUSING AUTHORITY

30 Washington Street

Central Falls, RI 02863

Main Office (401) 648-8298 TDD 800-545-1833 Ext. 404

A quien le pueda interesar

Gracias por su interés en la Autoridad de Vivienda de Central Falls. Adjunto encontrará una solicitud de Vivienda Pública, así como una lista de Verificación adicional que esta supuesto a adjuntar con su solicitud completa:

OBLIGACION:

- **Licencia Valida de Conducir/ ID/ Pasaporte**
- **Certificado de Nacimiento**
- **Tarjeta de Seguro Social**
- **Verification de todos los Ingresos** por ejemplo: (Recibos de Pago, Extractos Bancarios, Carta de SS /SSI/SSDI, etc.)

IMPORTANTE: por favor asegurese de que todas las áreas de la aplicacion se hayan completado y toda la documentacion requerida este adjunta antes de su presentacion. Si usted no porporciona una solicitud completa con todos los documentos requeridos, su solicitud **NO PODRA SER PROCESADA.** Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a la administración de Vivienda Pública al telefono que figura en la parte de arriba.

Aplicaciones y papeleos deben ser depositados en nuestro **BUZON DE CORREO,** que se encuentra localizado a la entrada de nuestra oficina.



CENTRAL FALLS HOUSING AUTHORITY

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

For Office Use:
 Date: _____
 App. # _____
 BR. Size _____
 Preference _____

Aplicación de alquiler de vivienda pública

La Autoridad de Vivienda de Central Falls tiene dos desarrollos de vivienda pública de ancianos, disabled, discapacitados de rascacielos. Por favor, seleccione una de las siguientes opciones en cuanto a qué desarrollo desea apply para:

OPCIONES DE LISTA DE ESPERA		
SELECCIÓN DE DESARROLLO	Nombre	Dirección
	Forand Manor Development Wait List	30 Washington Street
	Lista de espera de Wilfrid Manor Development	466 Hunt Street
	Lista de espera de Forand Manor y Wilfrid Manor	

La siguiente Solicitud de Vivienda Pública debe completarse en su totalidad. Si se necesita ayuda, comuníquese con la Autoridad para programar una cita. Si necesita un traductor, notifíquelo a la oficina con 48 horas de antelación a su cita para que se puedan hacer los arreglos.

Información del SOLICITANTE			
Nombre del Jefe del Hogar:			
Fecha de nacimiento:	Ssn:	Teléfono:	
Dirección actual:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
OwnRent (Círculo de por favor)	Pago o alquiler mensual:	¿Cuánto tiempo?	
Estado civil: Soltero (soltero, viudo, divorciado) casado (Círculo de complace)			
apellido de soltera:		Si está divorciado o separado; nombre del ex cónyuge:	
Raza: Indio Americano Negro Blanco/Nativo De Alaska Asiático/Isla del Pacífico Otro			(Por favor, Círculo)
Etnia: Hispano no hispano			(Círculo de por favor)
La información anterior relativa a la raza y la etnia es necesaria para fines estadísticos para que HUD pueda determinar el grado en que sus programas son utilizados por las familias minoritarias.			

COMPOSICION DE FAMILIA: Enumere a todas las personas, incluyéndose a usted mismo, que vivirán en la unidad. (El solicitante principal es el jefe del hogar)								
	NOMBRE COMPLETO	Relación	Sexo	Carrera	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Edad	SEGURIDAD SOCIAL #
1		Self (HOH)						
2								

3							
4							

FUENTES DE INGRESOS Enumere todos los montos de ingresos mensuales a continuación				
FUENTE DE INGRESOS	MIEMBRO DE LA FAMILIA N.O 1	MIEMBRO DE LA FAMILIA N.O 2	MIEMBRO DE LA FAMILIA N.O 3	MIEMBRO DE LA FAMILIA N.O 4
Seguro Social				
Ssi				
Gpa				
Beneficios para Veteranos				
Pension				
Compensación del trabajador				
Pensión alimenticia				
AFDC / TANF				
Empleo				
Desempleo				
Ssdi				
Otros (describa a continuación)				

INFORMACIÓN DE ACTIVOS			
Are you an owner/co-owner of property (in the U.S. or other country)?	Yes	No	(Please Circle)
If yes, list type of property, value and location:			
Have you disposed of any assets at less than market value in the last two years?	Yes	No	(Please Circle)
If yes, please explain:			

GASTOS MEDICALES (solo para ancianos/discapacitados/discapacitados)	
Por favor, marque todos los que se aplican a su hogar:	
<input type="checkbox"/>	Pague cualquier porción de sus primas médicas u cobertura de hospitalización
<input type="checkbox"/>	Pagar cualquier copago para médicos u hospital
<input type="checkbox"/>	Pagar por recetas
<input type="checkbox"/>	Pague por los medicamentos sin receta que su médico haya pedido
<input type="checkbox"/>	Cualquier otro gasto médico, en caso afirmativo, describa a continuación

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA PARA DISCAPACITADOS/DISCAPACITADOS	
Por favor, marque todos los que se aplican a su hogar	
<input type="checkbox"/>	¿Se han previsto gastos no reembolsados durante los próximos 12 meses para la atención de asistente y aparatos auxiliares para un miembro de la familia con una discapacidad o discapacidad que son necesarios para permitir que un miembro de la familia (incluida la persona con discapacidad o discapacidad) sea empleado?
<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de su hogar requiere instalaciones especiales de vivienda? En caso afirmativo, sírvase explicar a continuación:

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA	
Por favor, circule si lo siguiente se aplica a su hogar y, en su caso, describa los detalles	
¿Actualmente es un participante que recibe asistencia en cualquier Programa HUD? Ejemplo: Sección 8 o Vivienda Pública	Sí No (Círculo de por favor)

En caso afirmativo, ¿a qué Autoridad de Vivienda está afiliada la asistencia?	
---	--

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DE LOS JEFES DE FAMILIA Y DE LA FAMILIA

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave?	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Alguno de sus familiares ha sido condenado por un delito grave?	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Usted o algún familiar ha sido arrestado y/o condenado por algún delito?	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, ¿cuándo, para qué y dónde?	Fecha(s) Motivo: Donde:
¿Alguna vez has vivido en otro estado que No sea Rhode Island?	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Estado de la ciudad
¿Alguna vez has vivido en Vivienda Pública?	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Estado de la ciudad
¿Alguna vez ha recibido la Sección 8 o cualquier otra asistencia del programa HUD?	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, ¿qué programa y dónde?	Programa: Ciudad: Estado:
¿Debe pagar el alquiler a cualquiera de los anteriores o a la CFHA	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, ¿dónde?	Estado de la ciudad
¿Alguna vez ha sido desalojado o violado su contrato de arrendamiento mientras participaba en una Vivienda Pública, Sección 8, otro Programa HUD?	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, ¿qué programa y dónde y por qué?	Qué programa es el estado de la ciudad
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 (Círculo de por favor)
¿Es usted o alguien en su hogar un usuario de marihuana medicinal?	Sí No (Círculo de por favor)
En caso afirmativo, enumere 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 podemos ponernos en contacto 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:
Nombre actual del propietario	Nombre:
Número de teléfono actual del propietario	Inicio: Celda:
Dirección actual del propietario	Calle: Ciudad: Estado:
¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección actual?	Meses: Años:
Dirección anterior	Calle: Ciudad: Estado:

Nombre del propietario anterior	Nombre:
Dirección del propietario anterior	Calle: Ciudad: Estado:
¿Cuánto hace que vives en esta dirección?	Meses: Años:
Si hay menos de 5 años de historia del arrendador, adjunte información adicional de anteriores propietarios e historial de alquiler.	

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

HEAD OF HOUSEHOLD'S INITIALS _____

Entiendo que debo notificar a la Autoridad de Vivienda de Central Falls, por escrito, de cualquier cambio de dirección. Si no lo hace, se eliminará su nombre de la lista de espera.

HEAD OF HOUSEHOLD'S INITIALS _____

Atestigua que la información anterior es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento.

Fecha de firma del solicitante

Fecha de Firma del Representante de la CFHA