



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 Birth:	SSN:	Teléfono:
Corriente address:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
OwnRent <b>(Por favor, círculo)</b>	Pago mensual o alquiler:	¿Cuánto tiempo?
Estado civil: Soltero (soltero, viudo, divorciado) casado <b>(por favor círculo)</b>		
Apellido de soltera:	Si está divorciado o separado; nombre del ex cónyuge:	
Raza: Blanco Negro Americano Indio/Alaska Nativo Asiático/Isleño del Pacífico Otro		<b>(Por favor Círculo)</b>
Etnicidad: Hispano No Hispano <b>EMIAL DIRECCIÓN:</b>		
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.		

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								

<b>FUENTES DE INGRESOS Enumere todos los montos de ingresos mensuales a continuación</b>				
<b>FUENTE DE INGRESOS</b>	<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA # 1</b>	<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA # 2</b>	<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA # 3</b>	<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA # 4</b>
Seguridad social				
Ssi				
GPA				
Beneficios para Veteranos				
Pensión				
Compensación al Trabajador				
Pensión alimenticia				
AFDC / TANF				
Empleo				
Desempleo				
SSDI				
Otros (Describa a continuación)				

<b>INFORMACIÓN DE ACTIVOS</b>						
<b>FUENTE DE INGRESOS</b>	<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA #1 VALOR</b>	<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA #2 VALOR</b>	<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA #2 VALOR</b>	<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA #3 VALOR</b>	<b>TIPO DE INTERÉS</b>	<b>CUENTA #</b>
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)						

<b>POR FAVOR COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS</b>	
¿Es usted propietario/copropietario de una propiedad (en los EE. UU. u otro país)?	Sí No <b>(por favor, haga un círculo)</b>
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 <b>(por favor, haga un círculo)</b>
En caso afirmativo, sírvase explicar:	

<b>GASTOS MÉDICOS (Solo para solicitantes de edad avanzada / discapacitados /</b>	
<b>Por favor, compruebe todo lo que se aplica a su hogar:</b>	
<input type="checkbox"/>	Pague cualquier parte de sus primas médicas o cobertura de hospitalización
<input type="checkbox"/>	Pagar cualquier copago para médicos u hospital
<input type="checkbox"/>	Pagar las recetas
<input type="checkbox"/>	Pague por los medicamentos sin receta que su médico le haya ordenado



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

<b>HISTORIA DEL PROPIETARIO</b>	
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 undress	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 los propietarios 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**