

**Autoridad de Vivienda de la
Ciudad de Neptuno**



DEBER

2000 6^a Avenida
Ciudad de Neptuno, NJ07753
732-988-2540
Fax: 732-988-1587

Fecha: _____

Hora: _____
Recibido por: _____

Solicitud de asistencia de admisión y alquiler
DEBE TENER 62 años o más

Nombre del solicitante: _____ Estudio _____ de un dormitorio

Dirección actual: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Composición y características del hogar: *(Debe responder / completar por completo)*

1. *Por favor*, enumere primero al Jefe de Hogar y al otro miembro que vivirá en la unidad, and (2)
Sírvasse enumerar la relación de otro miembro de la familia con el jefe de familia. (Ej. Cónyuge)

Miembro	Nombre	Completo de los Miembros	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Socia Security #
---------	--------	--------------------------	----------	---------------------	------	------	------------------

(1) _____

(2): _____

2. **Raza del Jefe de Hogar (Círculo uno)** (Solo para fines estadísticos)

Blanco NegroIndio Americano/Nativo de AlaskaAsiático/Isleño del Pacífico

2. **Origen étnico del jefe de hogar (Círculo uno)** (Solo con fines estadísticos)

Hispanono-Hispano

4. ¿Alguien vive contigo ahora que no está en la lista anterior? Sí No

5. ¿Espera un cambio en la composición de su hogar: Sí No

Explique si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas:

6. Por favor, identifique cualquier necesidad especial de vivienda que tenga su hogar: _____

7. ¿Vive ahora en una unidad de vivienda subsidiada? Sí No

En caso afirmativo, Nombre del complejo: _____

Nombre del Gerente: _____

Número de teléfono del gerente: _____

8. ¿Hay algún miembro del hogar propuesto sujeto al registro estatal de delinquentes sexuales de por vida en cualquier ¿Estado? SÍ NO

9. Por favor, enumere todos los estados en los que usted o cualquier miembro del hogar propuesto han residido.

Información de ingresos y activos

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas. Para cada "sí" proporcione detalles en las líneas a continuación.

¿Algún miembro de su hogar?

- | | | |
|----|----|---|
| Sí | No | 1. ¿Trabajar a tiempo completo, a tiempo parcial o estacionalmente? |
| Sí | No | 2. Espere trabajar durante cualquier período durante el próximo año |
| Sí | No | 3. ¿Trabajar para alguien que paga en efectivo? |
| Sí | No | 4. ¿Espera una licencia de ausencia del trabajo debido al despido, la licencia médica, de maternidad o militar? |
| Sí | No | 5. ¿Ahora recibir o esperar recibir beneficios de desempleo? |
| Sí | No | 6. ¿Ahora recibir o esperar recibir manutención infantil? |
| Sí | No | 7. ¿Tiene derecho a manutención de los hijos que él / ella no está recibiendo ahora? |
| Sí | No | 8. ¿Ahora recibir o esperar recibir pensión alimenticia? |
| Sí | No | 9. ¿Tiene derecho a recibir pensión alimenticia que no se está recibiendo actualmente? |
| Sí | No | 10. ¿Ahora recibir o esperar recibir asistencia pública (asistencia social)? |
| Sí | No | 11. ¿Ahora recibe o espera recibir beneficios del Seguro Social o por discapacidad? |
| Sí | No | 12. ¿Ahora recibir o esperar recibir ingresos de una pensión o anualidad? |
| Sí | No | 13. ¿Ahora recibir o esperar recibir contribuciones regulares de organizaciones o de personas que no viven en la unidad? |
| Sí | No | 14. Recibir ingresos de activos, incluidos los intereses de cuentas corrientes o de ahorro, intereses y dividendos de certificados de depósito, acciones o bonos o ingresos de propiedades de alquiler? |
| Sí | No | 15. ¿Posee bienes raíces o cualquier activo por el cual no recibe ingresos (cuenta corriente, efectivo)? |
| Sí | No | 16. ¿Ha vendido o regalado bienes inmuebles u otros activos (incluido el efectivo) en los últimos dos años? |

Número/Nombre

Fuente de Ingresos/Tipo de Ingresos

Infórmese Anuales

Activo

1. Enumere todas las cuentas de cheques y de ahorros (incluidas las IRA, las cuentas Keogh y los certificados de depósito) de todos los miembros del hogar.

Miembro Número

Bancófero de Banco

Tipo de
Cuenta

Cuenta
Número

Equilibrar

2. Enumerar todas las acciones de bonos, fideicomisos, pensiones u otros activos y su valor propiedad de cualquier hogar miembro:

3. Enumerar los activos enajenados por un valor inferior a su valor justo de mercado durante los dos últimos años:

Expensas

Sí No Do usted paga a un asistente de cuidado o por cualquier equipo para cualquier hogar discapacitado o Discapacitado miembro(s) necesario(s) para permitir que esa persona u otra persona en el hogar trabaje? Si paga a un asistente de atención, proporcione su nombre, dirección y número de teléfono:

¿Cuál es el costo para usted para el asistente de atención y / o el equipo? _____

Solo familias de ancianos

Sí No ¿Tienes medicare? En caso afirmativo, ¿cuál es su prima mensual? _____

Sí No ¿Tienes algún otro tipo de seguro médico? En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas: Proporcione el nombre y la dirección del transportista, el número de póliza y el monto de la prima:

Sí, No ¿Tiene alguna factura médica pendiente? En caso afirmativo, enumerarlos a continuación

¿En qué gastos médicos espera incurrir en los próximos doce meses?

Si utiliza la misma farmacia con regularidad, proporcione el nombre y la dirección:

Historial de alquiler anterior (debe completarse). Si vive con un miembro de su familia, ingrese su información

Nombre y dirección de su arrendador actual:

Telephone Número _____

¿Cuánto tiempo viviste allí? _____

¿Motivo de la marcha? _____

Nombre y dirección de su antiguo arrendador:

Telephone Número: _____

¿Cuánto tiempo viviste allí? _____

¿Motivo de la marcha? _____

Historial de empleo

Nombre y dirección del empleado **actual** del jefe (escriba N / A si no corresponde)

Teléfono: _____

¿Nombre del supervisor? _____

¿Cuánto tiempo llevas trabajando allí? _____

Nombre y dirección del cónyuge o co-empleador principal:

Teléfono: _____

¿Nombre del supervisor? _____

¿Cuánto tiempo llevas trabajando allí? _____

Certificación del solicitante:

Yo/nosotros certificamos que si es seleccionado para recibir asistencia, la unidad que yo/nosotros ocupemos será mi/nuestra única residencia. Yo/nosotros entendemos que la información anterior se está recopilando para determinar mi/nuestra elegibilidad. Yo/nosotros autorizamos al propietario/gerente/PHA a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a ponerse en contacto con los propietarios anteriores o actuales u otras fuentes de información de crédito y verificación que puedan ser divulgadas a las agencias federales, estatales o locales apropiadas. Yo/nosotros autorizamos al Propietario/Gerente a realizar una verificación de antecedentes penales para determinar mi/nuestra elegibilidad. Yo/Entendemos que las declaraciones o información falsa son punibles bajo la Ley Federal.

Firma del Jefe: _____

fecha _____

Firma del Cónyuge/Co-Jefe: _____

fecha _____

Propietario/Gerente/Representante de PHA: _____

fecha _____