

Vernon H.A. Seccion 8 Pre- Aplicacion

Por favor complete todos los campos marcados con un asterisco (*) o su solicitud se considerará incompleta. Complete la información sobre cada miembro de su hogar. Si su hogar es de más de 4 miembros, proporcione hojas adicionales. Para obtener más información sobre la aplicación, consulte el Documento de información previa a la aplicación disponible en www.VernonHousing.org.

Jefe de Hogar

* Nombre:		Mediados		* Apellido:	
Número de teléfono principal:			Tipo de teléfono:	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> en el hogar móvil <input type="checkbox"/> Otros	
Podemos enviar un mensaje de texto a este número (pueden aplicarse tarifas)					Sí No
Correo electrónico principal:		* Fecha de nacimiento:		Género:	
					* Deshabilitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Ciudadano de EE. UU.:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	* SSN Alien I		<input type="checkbox"/> No tengo SSN o Alien ID (el número temporal será proporcionado por PHA)	

Situación de vida de

* ¿Cuál es la condición de vida de su hogar?

Vivir en una residencia permanente
 Vivir en una residencia temporal
 Vivir en un refugio u hotel/motel
 Vivir en un lugar que normalmente no se utiliza para la vivienda

Costos de vivienda

* ¿Cuál es su alquiler mensual actual o el pago de su hipoteca? * \$

* ¿Cuál es su costo mensual total para los servicios públicos (solo calor, agua caliente y electricidad) * \$

* ¿Su hogar está en riesgo de perder su residencia actual? Sí No

Domicilio

En cuidado de:					
* Dirección 1:			Dirección 2:		
* Ciudad:		* Estado:		* Código postal:	

¿Es este el mejor lugar para enviar correo? Si no es así, proporcione una dirección postal:

Dirección postal

En coche de:					
Address 1:			Dirección 2:		
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

Contacto de emergencia

Proporcione contactos adicionales en caso de que necesitemos ponernos en contacto con usted sobre el estado de su lista de espera. Estos contactos pueden ser refugios para personas sin hogar, amigos, familiares, etc.

Nombre:		Apellido:	
Teléfono:		Relación:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> de los padres
Hogar			
* ¿Cuántas personas viven en su hogar?			* #
* ¿Cuántos dormitorios requiere el hogar?			* #

Empleo 1: _____ Tipo: Tiempo completo/tiempo parcial/estacional

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ingresos Mensuales Aproximados del Empleo 1: \$ _____ Pagar Efectivo: Sí/No

* Otros ingresos mensuales totales (incluyendo SSI, SSDI, pensión alimenticia, manutención infantil, pensiones, etc.): * \$

* Estudiante: Sí No Nombre de la escuela: _____

Tipo de escuela: Kindergarten Elementary (K-6) Middle (6-8) High (9-12) University Training

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado de Veterano

¿Alguna vez ha servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

¿Es usted un ex cónyuge, viuda o viudo de una persona que ya no es miembro de la familia pero que alguna vez había servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

En caso afirmativo a una pregunta anterior, indique los años cumplidos: _____

Proporcione información sobre cada miembro de su hogar. Se pueden incluir hojas adicionales para miembros adicionales del hogar y/o información adicional sobre empleo o escuela.

Opcional: Preguntado únicamente para fines de informes de HUD. Preguntado únicamente para propósitos de reporte de HUD:

White_ Pacific Islander_ Hispano o Latino_ Negro o afroamericano_
Otro_ No hispano o latino_ Alaska nativo o indio americano_
No le gustaría revelar_ No le gustaría revelar asiático_

Miembro del hogar #1

* Nombre: _____ Medio: _____ * Apellido: _____
* Relación con el Jefe de Familia: Cónyuge/Pareja Hijo Padre Hermano Hijo Foster Hijo Vive en Ayuda Otro
* Deshabilitado: Sí No * Fecha de nacimiento: _____ Género: _____
* SSN o ID de extranjero: _____ No tengo SSN o Alien ID (el número temporal será proporcionado por PHA)

Empleo 1: _____ Tipo: Tiempo completo/tiempo parcial/estacional
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Ingreso mensual: \$ _____ Pagar Efectivo: Sí No *Otros ingresos mensuales totales: \$ _____

* Estudiante: Sí No Nombre de la escuela: _____
Tipo de escuela: Kindergarten Elementary (K-6) Middle (6-8) High (9-12) Universito Training
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Alguna vez ha servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

¿Es usted un ex cónyuge, viuda o viudo de una persona que ya no es miembro de la familia pero que alguna vez había servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

En caso afirmativo a una pregunta anterior, indique los años cumplidos: _____

Proporcione información sobre cada miembro de su hogar. Se pueden incluir hojas adicionales para miembros adicionales del hogar y/o información adicional sobre empleo o escuela.

Miembros del hogar #2

* Nombre: _____ Medio: _____ * Apellido: _____
* Relación con el Jefe de Familia: Cónyuge/Pareja Hijo Padre Hermano Hijo Foster Hijo Vive en Ayuda Otro
* Deshabilitado: Sí No * Fecha de nacimiento: _____ Género: _____
* SSN o ID de extranjero: _____ No tengo SSN o Alien ID (el número temporal será proporcionado por PHA)

Empleo 1: _____ Tipo: Tiempo completo/tiempo parcial/estacional
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Ingreso mensual: \$ _____ Pagar Efectivo: Sí No *Otros ingresos mensuales totales: \$ _____

* Estudiante: Sí No Nombre de la escuela: _____
Tipo de escuela: Kindergarten Elementary (K-6) Middle (6-8) High (9-12) Universito Training
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Alguna vez ha servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

¿Es usted un ex cónyuge, viuda o viudo de una persona que ya no es miembro de la familia pero que alguna vez había servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

En caso afirmativo a una pregunta anterior, indique los años cumplidos: _____

Proporcione información sobre cada miembro de su hogar. Se pueden incluir hojas adicionales para miembros adicionales del hogar y/o información adicional sobre empleo o escuela.

Miembro del hogar #3

* Nombre: _____ Medio: _____ * Apellido: _____
* Relación con el Jefe de Familia: _____ Cónyuge/Pareja Hijo Padre Hermano Hijo Foster Hijo Vive en Ayuda Otro
* Deshabilitado: Sí No * Fecha de nacimiento: _____ Género: _____
* SSN o ID de extranjero: _____ No tengo SSN o Alien ID (el número temporal será proporcionado por PHA)

Empleo 1: _____ Tipo: Tiempo completo/tiempo parcial/estacional
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Ingreso mensual: \$ _____ Pagar Efectivo: Sí No *Otros ingresos mensuales totales: \$ _____

* Estudiante: Sí No Nombre de la escuela: _____
Tipo de escuela: Kindergarten Elementary (K-6) Middle (6-8) High (9-12) Universito Training
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Alguna vez ha servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

¿Es usted un ex cónyuge, viuda o viudo de una persona que ya no es miembro de la familia pero que alguna vez había servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

En caso afirmativo a una pregunta anterior, indique los años cumplidos: _____

Proporcione información sobre cada miembro de su hogar. Se pueden incluir hojas adicionales para miembros adicionales del hogar y/o información adicional sobre empleo o escuela.

Miembros del hogar #4

* Nombre: _____ Medio: _____ * Apellido: _____
* Relación con el Jefe de Familia: _____ Cónyuge/Pareja Hijo Padre Hermano Hijo Foster Hijo Vive en Ayuda Otro
* Deshabilitado: Sí No * Fecha de nacimiento: _____ Género: _____
* SSN o ID de extranjero: _____ No tengo SSN o Alien ID (el número temporal será proporcionado por PHA)

Empleo 1: _____ Tipo: Tiempo completo/tiempo parcial/estacional
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Ingreso mensual: \$ _____ Pagar Efectivo: Sí No *Otros ingresos mensuales totales: \$ _____

* Estudiante: Sí No Nombre de la escuela: _____
Tipo de escuela: Kindergarten Elementary (K-6) Middle (6-8) High (9-12) Universito Training
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Alguna vez ha servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

¿Es usted un ex cónyuge, viuda o viudo de una persona que ya no es miembro de la familia pero que alguna vez había servido en servicio activo en las fuerzas armadas, reservas o guardia nacional de los Estados Unidos? *Sí No

En caso afirmativo a una pregunta anterior, indique los años cumplidos: _____

Proporcione información sobre cada miembro de su hogar. Se pueden incluir hojas adicionales para miembros adicionales del hogar y/o información adicional sobre empleo o escuela.

Condiciones del hogar del solicitante

* ¿Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado debido a un desastre natural?					*	Sí	No
Nombre / Tipo de desastre:		Fecha del desastre:		Fecha de desplazamiento:			
Ciudad de Desastres:		State:		Código postal:			
* ¿Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado debido a una acción de un propietario de vivienda / propietario?					*	Sí	No
* ¿Alguien en el hogar ha desocupado su unidad de vivienda debido a la violencia doméstica o vive en una unidad con una persona que se dedica a la violencia?					*	Sí	No
* ¿Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado debido a crímenes de odio?					*	Sí	No
* ¿Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado debido a una acción del gobierno?					*	Sí	No
* ¿Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado debido a la inaccesibilidad de una unidad?					*	Sí	No
* ¿Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado para evitar represalias o debido a estar en protección de testigos?					*	Sí	No
* ¿Hay alguien en su hogar huyendo de casa debido a condiciones peligrosas?					*	Sí	No
* ¿Vive actualmente en una vivienda de calidad inferior?					*	Sí	No
* ¿Está usted o algún miembro del hogar que vive en una institución que proporciona una residencia temporal, incluyendo refugios congregados y vivienda de transición, destinada a personas con discapacidades?					*	Sí	No
* ¿Está usted o un miembro del hogar gravemente en grave riesgo de mudarse a una institución que proporciona una residencia temporal, incluyendo refugios congregados y vivienda de transición, destinado a personas con discapacidades?					*	Sí	No

Debe completar todos los campos obligatorios en la pre-aplicación para ser agregado a la lista de espera. Los campos obligatorios se marcan con un asterik (*). A partir del 16 de agosto de 2019, la Autoridad de Vivienda de Vernon aceptará

Sección 8 Programa de Cupones de Opción de Vivienda. La lista de espera permanecerá abierta hasta el 30 de agosto de 2019. Una vez que la lista de espera se cierre el 30 de agosto de 2019, los solicitantes elegibles recibirán un número de lotería y se colocarán en la lista de espera de la Sección 8 de VHA en una orden aleatoria. Los solicitantes recibirán la recepción de su solicitud y número de lotería en ese momento.

**Devuelva una pre-solicitud completa a Vernon Housing Authority 21 Court Street Vernon, CT 06066 Para solicitar una visita en línea:
www.gosection8.com/vernon-housing-authority/HA4027**

CERTIFICO QUE LA INFORMACION CERRADA ES PRECISA Y COMPLETA.

Entiendo que la presentación de información falsa o tergiversación puede resultar en la pérdida de elegibilidad para participar en el Programa de Cupones de Opción de Vivienda de la Sección 8. Certifico que he alcanzado la edad de dieciocho años y, por lo tanto, tengo plena capacidad legal para actuar en mi propio nombre en materia de contratos.

* Firma del Jefe de Familia:

*

Fecha:

Sólo para uso de PHA

ID de aplicación: _____ Fecha de aplicación: _____