

_____ McSherrystown Interfaith Villa (mayores de 62 y/o incapacitado: 0, 1 dormitorio).

COMPOSICION DE LA FAMILIA Y SUS CARACTERISTICAS: Liste la Cabeza de la Familia y cada uno de los miembros que constituirán la familia en relación con la cabeza de familia. **Un número de Seguridad Social es requerido por cada uno de los miembros. SI UD NO TIENE UNA TARJETA DE SEGURIDAD SOCILA Y UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA PARA EVALUAR SU APLICACION, ESTO PODRA RETRASAR SU APROBACION DE SU APLICACION. NOSOTROS LE SUGERIMOS QUE APLIQUE POR UNA CUANTO ANTES.**

Revisado 9/14/2007

1

WARNING: Titulo 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos determina que una persona es culpable de una falta agravada por voluntad y conocimiento al hacer una declaración fraudulenta a cualquier Agencia o Departamento de los Estados Unidos.

NOMBRE SEG.SOC.	PARENTESCO	FECHA DE CUMPLEAÑOS	NUMERO DE
----------------------------	-------------------	----------------------------	------------------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Como se entero de nuestro programa?

Estado de su ciudadanía: Es Ud. y todos los miembros de su familia ciudadanos de los E.E.U.U.? ____SI
____NO

Si marco NO, elegirá cualquier miembro de la familia no disputar el estado legal de inmigración? ____SI
____NO

En el mejor de sus conocimientos, ha sido algún miembro de su familia acusado, arrestado y/o convicto de **un** crimen (nes) o por posesión, uso o distribución ilegal de drogas, dentro de un lapso pasado de 10 años o están esos cargos pendientes en este momento? ____SI ____NO. Si marco SI, liste quien y su condena _____

Esta Ud. o algún miembro de su familia sujeto al Registro de por vida de Atacante Sexual? ____SI ____NO

Esta Ud. o cualquier miembro de su familia viviendo ahora en Viviendas Subvencionadas por el Gobierno, Casas de Sección 8, cualquier vivienda subvencionada, o una vivienda con un vale de ayuda? ____SI
____NO

Explique: _____

Ha sido alguna orden de desahucio llevada a cabo en una Oficina De Distrito Magisterial contra Ud., debido a falta de pago o tardanza en la renta de su dueño de casa o por alguna otra razón? ____SI
____NO

Explique: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del reciente

Nombre, dirección y número de teléfono de su mas

Presente dueño de casa

anterior dueño de casa

INGRESO TOTAL DE LA FAMILIA: Incluya todo el dinero ganado o recibido por cada uno de los miembros de su composición familiar (mayores de 18 años). Esta incluye salarios, trabajo por cuenta propia, seguro de desempleo, pago por alimentos de niños, regalos de dinero u otros regularmente recibidos, Seguridad Social (incluidos Seguro por incapacidad por cada uno de los miembros de su casa, **incluidos cualquiera de ellos debajo de los 18 años**), pagos de discapacidad, compensación por accidentes en el trabajo, pensión de retiro, TANF (welfare), beneficios de Veteranos, pensión alimenticia, ingresos por alquiler de viviendas, hipotecas o préstamos, fondos de fideicomiso, ingresos por intereses de activos, pagos por acuerdo, y todos los otros orígenes. Excluya los ingresos de los miembros menores de 18 que estén trabajando o que todavía estén en la escuela.

CALCULE EL TOTAL DE INGRESO DE LA FAMILIA ANTES DE PAGAR TAXES U OTRAS DEDUCCIONES.

Nombre del miembro de familia
Cantidad anual

Origen del ingreso

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TOTAL:

Revisado 9/14/2007

WARNING: Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos determina que una persona es culpable de una falta agravada por voluntad y conocimiento al hacer una declaración fraudulenta a cualquier Agencia o Departamento de los Estados Unidos.

ASSETS: Marque debajo lo que Ud. o los miembros de su familia poseen (o poseen parcialmente):

____ Cuentas bancarias (cheques, ahorros, Certificados de Depósito, IRA, _____ Inversiones
Keogh, etc.) _____ Acciones o bonos
____ Casas prefabricadas móviles _____ Seguros de vida (con un
valor _____ monetario)
____ Propiedades de casas _____

COMPENSACIONES:

Paga Ud. por el cuidado de un niño de 12 años o menos mientras trabajan? ____SI ____NO

Paga Ud. por una cuidadora o algún equipo médico para un miembro de su familia incapacitado de tal manera que pueda

el u otro familiar trabajar? ____SI ____NO

Le dan a Ud. Medicare? ____SI ____NO

Paga Ud. primas y/o co-pagos por cualquier concepto de seguro médico? ____SI ____NO

CERTIFICACION DEL APLICANTE/MIEMBRO DE FAMILIA (UD ESTA DE ACUERDO CON TODO LO SIGUIENTE):

CABEZA DE FAMILIA DEBERA PONER SUS INICIALES EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES:

____ **YO/NOSOTROS HE (MOS) RECIBIDO UNA COPIA DE LOS CRITERIOS DE SELECCION DEL APLICANTE CON ESTE FORMULARIO DE PRE-APLICACION**

____ Yo/Nosotros certifico (amos) que toda la información provista en esta pre-aplicación es exacta y complete dentro de mis/nuestros mejores conocimientos y principios.

ACCIONES CRIMINALES Y ADMINISTRATIVAS TOMADAS EN CASOS DE FALSA INFORMACION.

____ Yo/Nosotros entendemos que proporcionar falsa, incompleta, o inexacta información a sabiendas es castigado bajo las leyes Federales y Estatales. Yo/Nosotros entendemos que si a sabiendas proporcionamos falsa, incompleta o inexacta información será motivo para terminación de la subvención de vivienda.

Todas las siguientes preguntas serán requeridas de proveer la información:

Raza del cabeza de familia: ____Blanco ____Afro-Americano o Negro ____ Indio Americano/Nativo de Alaska

____ Asiático ____ Nativo Hawaiano/Islas del Pacifico

Étnica del cabeza de familia: ____Hispano o Latino ____No Hispano o Latino

Sexo: ____Hombre ____Mujer

La información solicitada en esta aplicación es requerida por el gerente de los apartamentos en orden de asegurar que se cumplan las leyes Federales y de Gobierno que prohíben la discriminación contra los aplicantes, basadas en raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado matrimonial, edad e incapacidad. Ud. no está obligado a proporcionarla, pero le alentamos que lo haga. Esta información no será usada al evaluar su aplicación o para discriminarlo en contra en cualquier manera. Sin embargo, si Ud. elige no proporcionarla, el dueño estará requerido de anotar la raza/origen nacional y sexo del aplicante en una observación visual o por el apellido.

FIRMA DEL APLICANTE Y CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA MAYORES DE 18 AÑOS / FECHA

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Esta Institución es un proveedor de igual oportunidad

Revisado 9/14/2007

WARNING: Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos determina que una persona es culpable de una falta agravada por voluntad y conocimiento al hacer una declaración fraudulenta a cualquier Agencia o Departamento de los Estados Unidos.