

Dirección: 445 Hanover Ave, Suite 105
Allentown, PA 18109

Teléfono: 610.774.9623

Fax: 610.820.7514

Email: overlook@pennrose.com

TTY: 800.545.1833 x647

Para ser completado por el personal de la oficina:

Número de aplicación _____

Fecha de solicitud Rec. _____

Tiempo de solicitud rec. _____

Iniciales del miembro del personal _____

JEFE DE HOGAR

M	F
---	---

NOMBRE: _____ **SSN:** _____

(Nombre)

(Inicial del segundo nombre)

(Apellido)

DIRECCION ACTUAL: _____ **CASA #:** _____

(Casa #) (Nombre de la calle)

(Apto. #)

CELULAR #: _____

(Ciudad) _____ **(Estado)** _____ **(Código postal)** _____ **TRABAJO #:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ **F.D.N.:** _____

¿Cómo supiste de nosotros? _____ **ESTADO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR:** _____

NÚMERO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR: _____

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	Fecha de nacimiento	M/F	Relación	Soc. Seg. Número	Estado y número de DL

INGRESO ANUAL DEL HOGAR

Remuneración/salario bruto	\$
Ingreso de la seguridad social	\$
Ingreso por discapacidad de la seguridad social	\$
Asistencia Pública (Bienestar/TANF)	\$
Manutención de los hijos	\$
Pensión	\$
Otros ingresos (por favor especifique):	\$



Preferencias para determinar la posición de la lista de espera (si corresponde)

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene alguna discapacidad?			Y	N
¿El jefe de familia o cónyuge tiene 62 años de edad o más o está discapacitado?			Y	N
¿Está trabajando actualmente?			Y	N
¿Es usted estudiante o recién graduado de un programa educativo o de capacitación?			Y	N
¿Fuiste desplazado involuntariamente debido a un desastre natural?			Y	N
¿Está sin hogar?			Y	N
¿Necesita una unidad con características especiales? <i>(por ejemplo: una unidad para personas con movilidad reducida, personas con problemas de la vista, personas con problemas de audición, platos de ducha, barras de apoyo, sin escalones, etc.)</i>			Y	N
Si es así arriba, por favor encierre en un círculo las características requeridas:				
Unidad para personas con movilidad reducida	Unidad para discapacitados visuales	Unidad para personas con discapacidad auditiva.		
Barras de agarre	Sin pasos	Otro:		
Describa:				

Por la presente certifico que lo anterior es verdadero, correcto y completo a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación será motivo de expulsión del programa y/o enjuiciamiento conforme al Título 18, Sección 1001 del Código de los EE.UU.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Tipos de asistencia del programa (SÓLO para uso en la oficina) **Importante: debe notificarnos de inmediato si cambia la información de esta solicitud****

Crédito fiscal 50% 60%

ACC 30

