

Enviar por correo a: 10 Church Street
 Auburn, MA 01501
 Teléfono: 508.659.2871
 Fax: 774.272.9342
 Correo electrónico: MaryDStone@pennrose.com
 TTY: 800.545.1833 x647



Para ser completado por el personal de la oficina:
 Número de solicitud _____
 Fecha de recepción de solicitud _____
 Hora de recepción de solicitud _____
 Iniciales del miembro del personal _____

Todas las solicitudes previas deben enviarse por el correo postal de los EE. UU. a:
Mary D. Stone Apartments, 10 Church Street, Auburn, MA 01501

JEFE DE FAMILIA

M	F
---	---

NOMBRE: _____ NRO. DE SEGURO SOCIAL: _____

(Nombre de pila) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

DIRECCIÓN ACTUAL: _____ NRO. DE CASA: _____

(Nro. de casa) (Calle) (Nro. de apartamento)

NRO. DE CELULAR: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal) TRABAJO NRO.: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Cómo supo de nosotros? _____ ESTADO QUE EMITIÓ LA LICENCIA DE CONDUCIR: _____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	Fecha de nacim.	M/F	Relación	Número de seg. soc.	Estado y número de LC

INGRESO ANUAL DEL HOGAR

Remuneración/salario bruto	\$
Ingresos del seguro social	\$
Ingresos del seguro social por discapacidad	\$
Asistencia pública (previsión/TANF)	\$
Manutención de hijos	\$
Pensión	\$
Otros ingresos (especifique):	\$



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

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una DISCAPACIDAD?			Y	N
¿Tienen el jefe de hogar o su cónyuge 62 años o más o son discapacitados?			Y	N
¿Usted o un miembro de su hogar vive, trabaja o tiene hijos que van a la escuela en Auburn, MA?			Y	N
¿Tiene trabajo actualmente?			Y	N
¿En qué año presentó la última declaración de impuestos?				
¿Es usted estudiante o recién graduado de un programa educativo o de capacitación?			Y	N
¿Tiene un voucher portátil conforme a la sección 8 (HCVP)?			Y	N
Si es así, ¿a través de qué agencia?				
¿Está sin hogar?			Y	N
¿Necesita una unidad con características especiales? (p. ej.: una unidad para personas con movilidad reducida, problemas de la vista, problemas de audición, plato de ducha, barras de apoyo, sin escalones, etc.)			Y	N
Si marcó sí, encierre en un círculo las características requeridas:				
Unidad para personas con movilidad reducida	Unidad para personas con problemas de la vista	Unidad para personas con problemas de audición		
Barras de apoyo	Sin escalones	Otro:		
Describa:				

¿Tiene alguna mascota que vaya a vivir con usted? <i>Política sobre mascotas: 2 mascotas como máximo, límite de 35 libras (15 kilos) cada una. Se aplican restricciones en materia de razas. Se requiere un depósito de garantía adicional.</i>			Y	N
Si respondió que sí, ¿cuántas?				
¿En cuántos dormitorios está interesado?		1° preferencia: 2° preferencia:		

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 de la oficina) **Importante: Debe notificarnos de inmediato si modifica la información de esta solicitud

Tax Credit 60% Market
 PBV 30%

Octubre de 2021

