



# PARK CITY COMMUNITIES (PCC) – SOLICITUD PRELIMINAR DE VIVIENDA

Nombre del Jefe de familia (favor de imprimir) (Nota: debe ser 18 años de edad o menor emancipado)

Grid for name input: 20 columns, 2 rows

Primer Nombre Inicial de 2nd Appellido

Nombre del cónyuge/ subjefe de la casa (Nota: debe ser 18 años de edad o emancipados menores y tendrán los mismos derechos a la aplicación)

Grid for spouse name input: 20 columns, 2 rows

Primer Nombre Inicial de 2nd Appellido

Dirección postal:

Grid for zip code input: 10 columns, 2 rows

N.º de la calle Calle Apt #

Grid for address input: 20 columns, 2 rows

Ciudad Estado Código postal

Dirección Actual (Si Es Diferente A La Anterior): ¿Está Su Familia Sin Hogar? Sí ( ) No ( ) ¿Trabajo? Sí ( ) No ( )

Números De Teléfono: Principal: ( ) - - Otro Número De Teléfono: ( ) - - Idioma Principal: Idioma Leído ¿Está Desplazado Su Hogar? Sí ( ) No ( )

Composición de los hogares. Por favor lista todas las personas que vivirán con usted en el PCC. Solicitar una página adicional si tienes más de 5 miembros de la familia.

Table with 17 columns: Primer Nombre, MI, Appellido, Relación Con El Jefe De La Familia, Sex M/F, Fecha De Nacimiento Mo/Day/Year, Edad, Número De Seguridad Social, Discapacidad ? Sí/No, Raza-Ver Códigos, Hispano/Latino? Sí/No, Ciudadano? De EE. UU. Yes/No, Si No, Y N.º De Registro, Fuente De Ingresos\*\*, Ingreso Bruto Anual, Valor De Los Activos

Por favor, conteste las siguientes preguntas: Si la respuesta no es aplica escriba N/A

- 1. Un miembro del hogar es un individuo discapacitado cuya discapacidad requiere características especiales de la vivienda tales como acceso en silla de ruedas, unidad de primer piso, alojamiento para audición o ceguera, etc. Si es sí, por favor identifique al miembro de la familia e indique los alojamientos necesarios: necesidad de unidad de la silla de ruedas? Sí ( ) No ( )
2. Mi hogar tiene gastos especiales, tales como gastos médicos, cuidado de niños, cuidado de un familiar discapacitado u obligatorio pagos de manutención.\$
3. ¿Usted o su sub-jefe nunca sido expulsadas de PCC o cualquier programa de vivienda subsidiada? Sí ( ) No: ( ) Si sí, de donde y cuando
4. ¿Usted o su sub-jefe deben dinero a la PCC u otra vivienda subsidiada o al programa de la sección 8?? Sí ( ) No ( ) Si es así, ¿de dónde y cuánto usted o su sub-jefe debe?
5. ¿Usted o alguien en su casa sujeta a registro de ofensores sexuales de por vida? Sí ( ) No ( ) Nombre de persona(s) de la familia
6. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado, declarado culpable, de producir metanfetamina? Sí ( ) No ( ) Nombre(s) de persona(s) en la familia
7. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado, declarado culpable, de producir metanfetamina? Sí ( ) No ( ) Nombre(s)
8. Un miembro de la familia está embarazada con una fecha de vencimiento: ¿es usted un miembro de la Junta, un empleado o un miembro de la familia inmediata de un miembro de la Junta o empleado de PCC?

Notes Si usted cambia su dirección, número de teléfono, o composición del hogar, notifique por favor al PCC inmediatamente, por escrito, to: PCC, 301 Bostwick Avenue, Bridgeport, CT 06605. PCC staff Full Name & Time Stamp Here↓

\* Códigos de Raza- usted debe elegir uno de estos códigos: 1 = White 2 = Black 3 = Native American/Native Alaskan 4 = Asian/Pacific Islander

\*\*Possible Sources of Income: Employment, TAFDC, Social Security, SSI, SSDI, Pension, Veterans Benefits, Unemployment, etc.

Nombre del Jefe de familia: Fecha: Nombre del Sub-Jefe de familia: Fecha: rev. 06/21/2017



Esta información está disponible en formatos alternativos bajo petición



Deseo solicitar para el programa de vivienda pública (marque uno o ambos y complete los formularios de elección):
Vivienda Pública De La Familia
Viviendas Públicas Para Ancianos / Discapacitados: Para Calificar Para Este Programa, Debe Tener 62 Años O Más, O Inhabilitado Según Lo Definido Por La Administración De Seguro Social O Regulaciones Federales.

¿INCLUYE SU HOGAR: (MARQUE UNO O TODOS LOS QUE APLIQUEN)

- Un Veterano Una Persona Con Discapacidad Víctima De Violencia Doméstica
Una Persona De 62 Años O Más Una Persona Que Necesita Atención Congregada
Una Persona En Un Programa De Protección De Testigos Ninguna De Las Anteriores



## PARK CITY COMMUNITIES (PCC) – SOLICITUD PRELIMINAR DE VIVIENDA

Declaro que la información proporcionada anteriormente es fiel a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que cualquier declaración falsa que yo haya hecho a sabiendas y de buena voluntad será causa suficiente para el rechazo de mi solicitud.

Nombre del Jefe de familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Sub-Jefe de familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ rev. 06/21/2017



Esta información está disponible en formatos alternativos bajo petición

