



George L. Byers  
 Executive Director  
 150 Highland Avenue  
 Bridgeport, CT 06604  
 T#. (203) 337-8900  
 TDD#. 1-800-545-1833 Ext. 226  
 www.parkcitycommunities.org

*The Housing Authority of the  
 City of Bridgeport has changed  
 its name!*

**PRE-SOLICITUD DEL PROGRAMA HOUSING CHOICE VOUCHER**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apto: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_ # de Trabajo \_\_\_\_\_

COMPOSICIÓN DEL HOGAR: Anote la cabeza de familia y todos los demás miembros que serán / están viviendo en la unidad asistida. Utilice el nombre legal de cada miembro de la familia tal como aparece en su tarjeta de la Seguridad Social.

NOMBRE COMPLETO MIEMBROS DE (Apellido, Nombre, M. I.)	Relación	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad	Sexo	Numero de Seguro Social	Es miembro de la familia un Ciudadano estadounidense o residente legal?
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Para los miembros adicionales de la familia, indique los datos en una hoja por separado y adjuntarlo a su solicitud.**

Nota: Se solicita la siguiente información para cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y para garantizar que no haya discriminación. Sus respuestas no afectarán su selección para el programa.

Raza (Marque todo lo que corresponda)

- Blanco  Negro / Afroamericano  Indio Americano / Nativo de Alaska  
 Asia  Nativo de Hawái / Islas del Pacífico

Etnicidad (Marque una casilla)

- Hispano  Rechazar  
 No Hispano

Por favor indicar a continuación la fuente de ingresos y los ingresos de cada miembro del hogar. Utilice una línea separada para cada fuente de ingresos.

Miembro del Hogar	Tipo de Ingreso Anual					Ingreso Anual
	Trabajo	TANF	SSI	Soc. Sec	Otros	
	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> O	
	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> O	
	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> O	
	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> O	
	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> O	



George L. Byers  
 Executive Director  
 150 Highland Avenue  
 Bridgeport, CT 06604  
 T#. (203) 337-8900  
 TDD#. 1-800-545-1833 Ext. 226  
 www.parkcitycommunities.org

*The Housing Authority of the  
 City of Bridgeport has changed  
 its name!*

Se solicita la siguiente información para cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y para garantizar que no haya discriminación. Sus respuestas no afectarán su selección para el programa.

1. Está actualmente viviendo en una unidad de vivienda pública de bajos ingresos PCC?  Sí  No
2. En caso afirmativo a la pregunta #1, Tiene una solicitud de acomodo razonable o transferencia en espera?  Sí  No
3. Es algún miembro de su grupo familiar discapacitado?  Sí  No
4. Se encuentra actualmente en el programa de protección de testigos?  Sí  No
5. Es usted una víctima de violencia doméstica?  Sí  No
6. Está usted actualmente sin hogar?  Sí  No
7. Está actualmente desplazados de su casa debido a una de las siguientes circunstancias:  
 La acción del Gobierno     Acción privada     Desastre natural
8. Es su trabajo se encuentra en la ciudad de Bridgeport?  Sí  No
9. Es usted un veterano o el cónyuge sobreviviente de un veterano del Ejército EE.UU.?  Sí  No
10. Es usted un joven de crianza emancipado?  Sí  No

**Signature of Head of Household:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Signature of Spouse/Co-Head:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Certificación del solicitante:** Certifico que las declaraciones hechas en esta pre-solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa o información incompleta puede resultar en castigo por la ley federal y me descalifica para asistencia de vivienda.

