PARK CITY COMMUNITIES (PCC) – PRELIMINARY APPLICATION FOR HOUSING

PLEASE COMPLETE THIS FORM IN ITS ENTIRETY!!

Name of Head of Household (please print) **(Note: must be 18 years old or emancipated minor)**

First MI Last

Name of Co-Head of Household (Note: must be 18 years old or emancipated minor and will have equal rights to the application)

First MI Last

Mailing Address

Street Apt

City State Zip Code

Address where currently residing (if different from above): _____

I wish to apply for the public housing program (check one or both and complete the choice forms):

☐ **Family Public Housing**

☐ **Elderly Public Housing**: to qualify for this program, you must 62 or older, as defined by the Social Security Administration or federal regulations.

Does your household include: (Check one or all that apply)

☐ A Veteran ☐ A Disabled Person ☐ A Victim of Domestic Violence

☐ A Person 62 or Older ☐ A Person Needing Congregate Care

☐ A Person in a Witness Protection Program ☐ None of the Above

Is your household homeless? Yes( ) No( ) **Working?** Yes( ) No( )

Day time Phone: (____) _____-_____ **Evening Phone:** (____) _____-_____ **Language Spoken:**_____ **Language Read:**_____ **Is your household displaced?** Yes( ) No( )

Household Composition. Please list all individuals who will live with you if housed with the PCC. Request an additional page if you will have more than 5 household members.

	First Name	MI	Last Name	Relationship To Head	Sex M/F	Date of Birth Mo/Day/Year	Age	Social Security #	Disabled Yes/No	Race–See Codes*	Hispanic/Latino? Yes/No	US Citizen, Yes/No	If No, Alien Registration #	Income Source**	Annual Gross Income	Value of Assets
1				Head		/ /		- -								
2				Co-Head		/ /		- -								
3						/ /		- -								
4						/ /		- -								
5						/ /		- -								

Please answer the following questions: If the response is not applicable write N/A

1. A household member is a disabled individual whose disability requires special housing features such as wheelchair access, first floor unit, accommodations for hearing or blindness, etc. **If yes, please identify the family member and indicate the accommodations needed:** _____ **Need Wheelchair Unit?** Yes ( ) No ( )
2. My household has special expenses such as medical expenses, childcare, care of a disabled family member and/or mandatory support payments.$_____
3. Have you or your Co-Head ever been evicted from PCC or any Subsidized Housing Program? Yes ( ) No ( ) **If yes**, from where and when:_____
4. Do you or your Co-Head owe any money to the PCC or other Subsidized Housing or Section 8 Program? Yes ( ) No ( )
   If yes, from where and how much do you or your Co-Head owe? _____
5. Are you or anyone in your household subject to a **life-time** Sex Offender Registry? Yes ( ) No ( )
   Name of Member(s) _____
6. Have you or anyone in your household been convicted, **found guilty**, of a crime? Yes ( ) No ( )
   Name of Member(s) _____
7. Have you or anyone in your household been convicted, **found guilty**, of producing Methamphetamine? Yes ( ) No ( )
   Name of Member(s) _____
8. A member of the household is pregnant with a due date of: _____
9. Are you a board member, employee or a member of the immediate family of a board member or employee of PCC?_____

Notes: *If you change your address, telephone number, or household composition, please notify the PCC immediately*, IN WRITING, to: **PCC, 301 Bostwick Avenue, Bridgeport, CT 06605.** **PCC staff Full Name & Time Stamp Here↓**

***Race Codes - you must choose one of these codes: 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.**

I declare that the information provided above is true to the best of my knowledge and understand that any false statements which I have knowingly and willingly made will be sufficient cause for the rejection of my application.

Signed: Head of Household: _____ Date_____ Co-Head of Household:_____ Date:_____ rev. 08/29/2019

This information is available in alternative format upon request-Application-September 2019

EMAIL ADDRESS

FOR HACB/PCC OFFICE USE ONLY *(Circle answers)*								
Qualified?	Yes	No	**# of BRs:**	1	2	3	4	5

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**

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)

Primer Nombre | Inicial de 2nd | Appellido

Dirección postal:

N.º de la calle | Calle | Apt #

Ciudad | Estado | Código postal

Deseo solicitar para el programa de vivienda pública (marque uno o ambos y complete los formularios de elección):
☐ **Vivienda Pública De La Familia**
☐ **Viiendas Públicas Para Ancianos / Discapacidados: 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

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.

	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.° De Registro	Fuente De Ingresos**	Ingreso Bruto Anual	Valor De Los Activos
1				Jefe De La Familia		/ /		- -								
2				Sub-Jefe De Casa		/ /		- -								
3						/ /		- -								
4						/ /		- -								
5						/ /		- -								

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.**
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: _____ Feche: _____ Nombre del Sub-Jefe de familia: _____ Feche: _____ rev. 09/2019

Esta información está disponible en formatos alternativos bajo petición-Application-9/2019

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

FOR HACB/PCC OFFICE USE ONLY (Circle answers)								
Qualified?	Yes	No	**# of BRs:**	1	2	3	4	5

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD!!