



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

Primer Nombre Inicial de 2nd Apellido

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

Primer Nombre Inicial de 2nd Apellido

Dirección postal:

Grid for ZIP code input

N.º de la calle Calle Apt #

Grid for address input

Ciudad Estado Código postal

Dirección Actual (Si Es Diferente A La Anterior):

¿Esta Su Familia Sin Hogar? Sí () No () ¿Trabajo? Sí () No ()

Números De Teléfono: Principal: () - Otro Número De Teléfono: () - Idioma Principal: Idioma Leído ¿Esta 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	Apellido	Relación Con El Jefe De La Familia	Sex M/F	Fecha De Nacimiento Mo/Day/Year	Edad	Número De Seguridad Social	Discapacidad? Si/No	Raza- Ver Códigos	Hispano/Latino? Si/No	Ciudadano? De EE. UU. Yes/No	Si No, Y N.º 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

- 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 ()
- Mi hogar tiene gastos especiales, tales como gastos médicos, cuidado de niños, cuidado de un familiar discapacitado u obligatorio pagos de manutención.\$
- ¿Usted o su sub-jefe nunca sido expulsadas de PCC o cualquier programa de vivienda subsidiada? Sí () No () Si sí, de donde y cuando
- ¿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?

- ¿Usted o alguien en su casa sujeta a registro de ofensores sexuales de por vida? Sí () No ()
Nombre de persona(s) de la familia _____
- ¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado, declarado culpable, de producir metanfetamina? Sí () No ()
Nombre(s) de persona(s) en la familia _____
- ¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado, declarado culpable, de producir metanfetamina? Sí () No ()
Nombre(s) _____
- 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: _____ Fecha: _____ Nombre del Sub-Jefe de familia: _____ Fecha: _____ rev. 08/03/2018

Esta información está disponible en formatos alternativos bajo petición-Application-8/13-8/31/18

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

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD!

FOR HACB/PCC OFFICE USE ONLY (Circle answers)

Qualified?	Yes	No	# of BRs:	1	2	3	4	5
------------	-----	----	-----------	---	---	---	---	---