

**Parkside**

Solicitud de vivienda basada en proyectos de vales

Para solicitar vivienda subsidiada en Parkside , complete todas las secciones de esta solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono residencial: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, ingrese el INGRESO ANUAL TOTAL del hogar. Si ninguno, escriba 0: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, indique si la FUENTE DE INGRESOS de su hogar es alguna de las siguientes:

🞎Salario 🞎Seguro social 🞎SSI/SSD 🞎DHS 🞎Otros bienestares 🞎Otro (Manutención, etc.)

Género: 🞎 M 🞎 F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

Raza (opcional): 🞎Blanco 🞎Negro/Afroamericano 🞎Amerindio 🞎Asiático 🞎Pacífico/Isleño

Etnicidad (opcional): 🞎Hispano 🞎No hispano

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Inicial | Apellido | Número de Seguro Social | Relación con el solicitante | Sexo  M/F | Fecha de nacimiento | ¿discapacitado? Sí o no | ¿Embarazada? |
|  |  |  |  | Jefe de Hogar |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

¿Alguna vez has servido en las Fuerzas Armadas? 🞎 Sí 🞎 No

¿Está actualmente sin hogar? 🞎 Sí 🞎 No

¿Alguien que vive en su hogar requiere una unidad con las siguientes adaptaciones?

🞎 Accesibilidad para sillas de rueda 🞎 Accesibilidad para personas con discapacidad auditiva

🞎 Accesibilidad para discapacitados visuales

¿Hay alguien en el hogar sujeto a un programa estatal de registro de delincuentes sexuales de por vida en cualquier estado? (La falta de respuesta a esta pregunta puede poner en peligro la aprobación de esta solicitud). 🞎 Sí 🞎 No

**Firma** **Fecha**

**Delvolver a:**

**Apartamentos en Parkside**

**Attn: Central Zone 86 Vienna St. 14605**

Si usted o alguien de nuestra familia es una persona con discapacidades, y necesita una adaptación específica para utilizar plenamente nuestros programas o servicios, envíe su solicitud por escrito a la atención de la Autoridad de Vivienda de Rochester: Lista de espera de PBV en 675 West Main St Rochester NY 14611.

|  |  |
| --- | --- |
| equal housing opportunity | Las víctimas de violencia doméstica, violencia en el noviazgo o acecho pueden tener protecciones proporcionadas por la Ley de Violencia contra la Mujer, o si usted o alguien en su familia es una persona con discapacidades, y necesita una adaptación específica para utilizar plenamente nuestros programas y servicios, comuníquese con la Autoridad de Vivienda de inmediato.  Rochester Housing Authority, 675 West Main Street, Rochester, NY 14611 |