



Solicitud de alquiler para inquilinos de House of Hope (TBRA)

Nombre del solicitante: _____

Dirección actual: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en el domicilio anterior? _____

¿En el condado? _____

COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR

(Indique el cabeza de familia y todos los demás miembros que vayan a vivir en la unidad. Indique la relación de cada miembro de la familia con el cabeza de familia).

Nombre y apellidos del miembro	Relación	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	N.º de la Seguridad Social

Población objetivo del programa:

Sí No ¿Está embarazada? En caso afirmativo, ¿cuál es su fecha del parto?

Sí No ¿Tiene la **custodia legal** de al menos un hijo menor de edad?

Sí No ¿**O** está trabajando en la **reunificación**?

Sí No ¿Tiene entre 18 y 24 años de edad?

Sí No ¿Está **huyendo** de la violencia de género? En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la última experiencia (fecha)? _____

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS:

Sí No ¿Algún **miembro discapacitado** de su hogar tiene gastos médicos no reembolsados?

Sí No ¿Su unidad familiar paga los gastos de cuidado de menores de 13 años que permiten a un miembro de la familia trabajar o estudiar?

Sí No ¿Su unidad familiar paga los gastos de cuidado por el **cuidado de un miembro de la familia con discapacidades** que permiten trabajar a un miembro de la familia?



Información sobre preferencias: (puede tener derecho a una preferencia de ayuda a la vivienda si se puede comprobar alguna de las siguientes circunstancias en su familia. Marque cualquier opción que se aplique a su caso).

Sí No ¿Vive **en la calle, en su automóvil, en un refugio, en otro lugar no destinado a la habitabilidad humana o en un motel pagado por una agencia?**

En caso afirmativo, ¿dónde durmió anoche? _____

Sí No ¿Se **encuentra en situación de desahucio** y va a perder su residencia en los próximos 14 días?

En caso afirmativo, explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:

¿Cuáles son los ingresos anuales totales de todos los miembros del hogar? (Incluya sueldos, salarios y propinas, así como otros ingresos como pensión alimenticia, manutención de menores, Seguridad Social, W2 u otros beneficios) _____

Nombre y apellidos del miembro	Fuente de ingresos	Monto anual	Forma de pago (semanal/mensual)

INFORMACIÓN SOBRE BIENES:

Indique las cuentas corrientes, de ahorro y 401 (k). Indique tanto el valor actual en efectivo como los ingresos anuales estimados del bien.

Nombre y apellidos del miembro	Tipo y fuente del bien (por ejemplo, cuentas bancarias, inversiones)	Valor en efectivo del activo	Ingresos anuales del activo



CERTIFICACIÓN DE SOLICITUD: entiendo/entendemos que la información anterior se recopila para determinar si tengo/tenemos derecho a recibir ayuda al alquiler. Autorizo/autorizamos al administrador de House of Hope TBRA a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud.

Firma del cabeza de familia:	Firma de otro adulto:
Fecha:	Fecha: