



FECHA: _____ APLICACIÓN ACEPTADA Y REVISADA POR: _____ APLICACIÓN #: _____ ENTRADA POR: _____

APLICACION INICIAL PRELIMINAR (POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE (CLARO))

¿Requiere la correspondencia futura en un formato que no sea Inglés escrito, tal como: ESPAÑOL, LETRA MAS GRANDE, OTRO? Sí ___ No ___
 Sí es SI, ¿Que formato necesita? _____

ESTA FORMA DEBE SER LLENADA EN TINTA. No se aceptaran las aplicaciones completadas a lápiz. Para asistirlo adecuadamente, debemos TENER INFORMACIÓN COMPLETA Y PRECISA. TODAS las preguntas deberán ser contestadas. Si la pregunta no aplica, escriba "N/A" o "NINGUNO". El no responder todas las preguntas puede retrasar su entrevista y/o su determinación de elegibilidad.

DIRECCIÓN DE CORREO: _____
 Número Calle Aptó. # Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (_____) _____ Teléfono de Trabajo: (_____) _____ Ext. _____ Teléfono de Celular: (_____) _____

ACERCA DE SU FAMILIA: Liste cada miembro, incluyéndolo a usted, quien estará viviendo en su hogar.

		APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	SEXO M/H	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO MES-DIA-AÑO	PARENTESCO CON LA CABEZA DE FAMILIA	RAZA 1= Blanco 2= Negro 3= Indio Americano/ Nativo de Alaska 4= Asiático 5= Nativo de Hawái/ Isleño Pacífico	ETNICIDAD 1= Hispano 2= No-Hispano
1	PRINCIPAL									
2	CÓNYUGE/ SECUNDARIO									

Otros Miembros del Hogar:

- 1) ___ Hombre ___ Mujer ___ Edad 2) ___ Hombre ___ Mujer ___ Edad 3) ___ Hombre ___ Mujer ___ Edad 4) ___ Hombre ___ Mujer ___ Edad
 5) ___ Hombre ___ Mujer ___ Edad 6) ___ Hombre ___ Mujer ___ Edad 7) ___ Hombre ___ Mujer ___ Edad 8) ___ Hombre ___ Mujer ___ Edad

INFORMACIÓN ADICIONAL DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

¿Está la Cabeza de Familia o Cónyuge Discapacitados? Sí ___ No ___ Sí es SI, ¿Quién? _____

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad que requiere alguno de los siguientes? (marque todas las que apliquen): _____ Unidad para Impedimento Auditivo
 _____ Unidad para Impedimento Visual _____ Unidad para Silla de Ruedas

Nombre del miembro del hogar que requieren los artículos marcados arriba: _____

PRELIMINARY APPLICATION (SPANISH).docxLa Autoridad Regional de Vivienda del Sur de Nevada no discriminara contra cualquier persona debido a su raza, color, sexo, religión, estatus familiar, discapacidad, edad, origen nacional, u orientación sexual en proporcionar asistencia de vivienda. La información proporcionada a SNRHA se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad de vivienda y tipo de unidad. Tenga en cuenta que los resultados de la investigación criminal (que podrá incluir chequeo al FBI) pueden ser argumentos para la negación de vivienda. **LA**

¿Cumple su hogar la definición de personas desamparadas?(La Familia carece de una residencia adecuada y regular para la noche, o tiene una residencia primaria nocturna que es supervisada públicamente o un refugio privado diseñado para ofrecer alojamiento de vivienda temporal, como hoteles de vales de bienestar, refugios de congregación o viviendas de transición diseñados para personas desamparadas, o un lugar público o privado no diseñado para esto o comúnmente usado como un alojamiento regular para dormir para seres humanos.) Sí ____ No ____

¿Hay alguien en su hogar que es Ciudadano de EE.UU.? Sí ____ No ____ Sí es No, ¿Tienes al menos un miembro de su familia con estatus elegible de USCIS? Sí ____ No ____

INGRESO: Favor de indicar el INGRESO TOTAL MENSUAL O ANUAL EN EL HOGAR para TODOS los miembros solicitantes, de todas las fuentes de ingreso.

Ingreso Total Mensual/Anual de todas las fuentes de los miembros del hogar. \$ _____ *___ Mensual ___ Anual*

PREFERENCIAS:

¿Es el Principal/Cónyuge/Secundario un Veterano? Sí ____ NO ____ ¿Es usted la esposa de un Veterano fallecido, cuya muerte fue en relación al servicio? Sí ____ NO ____

¿Un Veterano Deshabilitado, con una deshabilidad en relación al servicio? Sí ____ NO ____

¿Es el Principal/Cónyuge/Secundario un estudiante de tiempo completo inscrito en un programa acreditado? Sí ____ NO ____ , ¿Empleado por lo menos 20 horas a la semana? Sí ____ NO ____

¿Es el Principal/Cónyuge/Secundario recibe SSI/SSD o cualquier pensión de discapacidad? Sí ____ NO ____ , ¿62 años de edad o más? Sí ____ NO ____

¿Es el Principal/Cónyuge/Secundario actualmente vive, trabaja, o ha sido contratado para trabajar, en el Condado de Clark? Sí ____ NO ____

Si un saldo se debe a una Autoridad de Vivienda o Programa de Vivienda Subsidiada, el balance DEBE SER PAGADO TOTALMENTE para ser elegible a nuestro programa(s).

¿Es usted o alguien en su hogar un delincuente sexual registrado? Sí ____ No ____ Sí es SI, Nombre del Miembro del Hogar: _____

Arreglos Especiales: Entiendo que, si estoy discapacitado, Yo tengo el derecho de solicitar un arreglo especial para que los servicios y programas sean accesibles, y la solicitud debe ser presentada por escrito al SNRHA para su revisión y aprobación.

Acciones Penales y Administrativas por Información Falsa: Entiendo que el suministro de información falso, incompleto, o inexacto es penalizado criminalmente por la ley Federal o Estatal. Entiendo que suministrar información falsa, incompleta o inexacta puede ser considerado fraude y es motivo de denegación de asistencia, la terminación de asistencia de vivienda y/o el desalojo de vivienda pública. La asistencia financiera en forma de subsidio a la vivienda está contingente a la presentación y verificación, en su caso, de las pruebas de ciudadanía o estado de inmigración elegible. Juro que he reportado honestamente mi estatus legal y la de todos los que están solicitando.

Yo certifico bajo pena de perjurio mis respuestas son correctas y completas a lo mejor de mis conocimientos y habilidad.

Firmas y Fecha del Principal/Cónyuge o Secundario:

1) _____ Fecha ___/___/___ INDIQUE SI ENTENDIO ESTA SOLICITUD: Sí ____ NO ____

2) _____ Fecha ___/___/___ INDIQUE SI ENTENDIO ESTA SOLICITUD: Sí ____ NO ____

Si esta aplicación fue completada por una persona que no se muestra como miembro del hogar solicitante, por favor complete:

Nombre (escriba claramente): _____ Firma: _____ Fecha: _____