

**HOUSING AUTHORITY OF CHELAN COUNTY  
& THE CITY OF WENATCHEE  
1555 SOUTH METHOW STREET  
WENATCHEE WA 98801-9417  
(509) 663-7421 TDD EQUIPPED**

Office Use Only	
Application # _____	Bedroom Size _____
Applied on: _____ @ _____	
Priority Level _____ - _____	
Translator Needed: YES / NO	
Processed by: _____	

- CHELAN GARDENS**  
CHELAN, WA.  
16 – DE 1 RECAMARA  
Propiedad de no Fumar



**APLICACIÓN SECCIÓN 515 VIVIENDA PARA PERSONAS MAYORES**



La sumisión de esta aplicación no garantiza que usted recibirá un apartamento. Esto nos ayudará a determinar su categoría de prioridad y elegibilidad, y ponerlo en una lista de espera si califica. **Es importante que usted llene el formulario con precisión y proporciona toda la información necesaria para completar la aplicación.** Usted debe notificarnos inmediatamente si hay cualquier cambio en el tamaño de la familia o el ingreso.

**NOMBRE DE APLICANTE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN**

**DE CORREO:** \_\_\_\_\_

Numero y Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Mensaje \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

**I. COMPOSICIÓN DE FAMILIA:** Ponga a toda la gente en una lista que vivirá en su unidad familiar, comienza con el Cabeza de familia. **El inquilino o Co-inquilino debe tener 62 años o más, o estar discapacitado según se define en el Anexo B de la Instrucción de Desarrollo Rural del USDA 1930-C.**

NOMBRE DE MIEMBROS DE FAMILIA	RELACIÓN A CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	SEGURO SOCIAL
1.	CABEZA				
2.					
3.					
4.					

Por favor indique cualquier miembro de la familia que es mayor de 18 años y está deshabilitado o un estudiante de tiempo complete/tiempo parcial:

\* ¿Usted califica para una pensión de incapacidad? Si/ No

\* ¿Tiene usted una discapacidad que requiere una unidad con funciones especiales? Si / No

¿Si sí, que funciones de unidad va a necesitar para su discapacidad? \_\_\_\_\_

\* ¿Tiene usted una discapacidad que requiere una ayuda auxiliar? Si/No

¿Si sí, que dispositivos auxiliares requiere para su discapacidad? \_\_\_\_\_

## II. DOCUMENTACIÓN DE EDAD/INGRESOS

- Documentación Necesaria: (1) Una copia de su certificado de nacimiento u otra prueba de su fecha de nacimiento.  
(2) Formas de declaración de impuestos y W-2 Si declaró.  
(3) Tarjetas de seguro social para cada miembro de la familia que tenga una.

**Por favor traiga los documentos con usted en el momento en que entregue su solicitud y estaremos encantados de hacer una copia para usted.**

## III. REFERENCIAS DE PROPIETARIO: Haga una lista de todos los propietarios de los últimos cuatro (4) años.

NOMBRE Y DOMICILIO DE PROPIETARIO	DIRECCIÓN DEL ALQUILER	TELEFONO DE PROPIETARIO #	FECHAS QUE ALQUILO
1. _____ _____			
2. _____ _____			
3. _____ _____			

PARA REFERENCIAS ADICIONALES, ADJUNTE UNA HOJA POR SEPARADO SI ES NECESARIO.

## V. REGISTRO DE CONVICCIÓN CRIMINAL

Ponga en una lista todos los estados en los que cada solicitante ha vivido: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez alguien en su hogar ha sido condenado por algún delito? Sí / No

Si es así, indique quién: \_\_\_\_\_ Naturaleza de la convicción: \_\_\_\_\_

Tiempo servido: \_\_\_\_\_ Fecha de Liberación: \_\_\_\_\_

**Se llevara a cabo verificaciones de antecedentes de crédito, drogas y penal para cada solicitante antes de determinar elegibilidad.**

## IV. INGRESO BRUTO ANUAL

**A. INGRESO DE TRABAJO:** (Por favor anote todos los ingresos agrícolas de cada miembro adulto de la familia en los últimos 12 meses.)

1. INGRESO DE LA CABEZA DE FAMILIA: (Si necesita más espacio, favor de anotar en la parte posterior)

COMPANIA	DOMICILIO DE EMPLEO	FECHAS DE TRABAJO	INGRESO TOTAL RECEIVED
		Desde      Hasta	\$
		Desde      Hasta	

2. INGRESO DE ESPOSO/A: (Si necesita más espacio, favor de anotar en la parte posterior)

COMPANIA	DOMICILIO DE EMPLEO	FECHAS DE TRABAJO		INGRESO TOTAL RECEIVED
		Desde	Hasta	\$
		Desde	Hasta	\$

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Total: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro Social / SSI: \$ \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Total: \$ \_\_\_\_\_  
Asistencia Pública: \$ \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Total: \$ \_\_\_\_\_  
Pensión o Anualidad: \$ \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Total: \$ \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_  
Programa de Incentivos de adopción: \$ \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Total: \$ \_\_\_\_\_  
Manutención: \$ \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Total: \$ \_\_\_\_\_

**INTERESES, INGRESO DE PROPIEDAD ACTUAL OR PERSONAL:**

**Fuente:** \_\_\_\_\_

**B. BIENES**

1. ¿DINERO EN EFECTIVO Y EN CUENTAS BANCARIAS, INTERESES, IRA'S? \$ \_\_\_\_\_
2. OTROS BIENES (No incluye automóviles o bienes personales) \$ \_\_\_\_\_

Nombre de Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cómo se enteró de nuestra vivienda de ancianos? Amigo / pariente \_\_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_ Periódico \_\_\_\_\_ Volante \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACION ACERCA DE DISCRIMINACION**

La información sobre raza, origen nacional y la designación de sexo solicitada en esta aplicación se solicita para asegurar que el Gobierno Federal, actuado a través del Desarrollo Rural USDA, que las leyes federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes a base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado familiar, edad y discapacidad se cumplan. No están obligados a proporcionar esta información, pero se anima a hacerlo. Esta información no se utilizara en la evaluación de su aplicación o para discriminar en forma alguna. Sin embargo, si elige no proporcionarlo, el propietario (autoridad de vivienda del Condado Chelan y la Ciudad de Wenatchee) está requerido anotar la raza/origen nacional y sexo de los solicitantes a base de observación visual y apellido.

ETNICIDAD CABEZA DE FAMILIA: (CIRCULE UNO): Hispano o Latino; No Hispano o Latino.

RAZA CABEZA DE FAMILIA: (CIRCULE UNO): Indio Americano/Nativo de Alaska; Asiático; Negro o Afro Americano; Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacifico; Blanco.

GENERO CABEZA DE FAMILIA:(CIRCULE UNO): MASCULINO O FEMENINA

#### VI. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

La información en esta solicitud está completa, verdadera, y al mejor de mi conocimiento. Entiendo que si no he dado información, verdadera y completa al mejor de mi conocimiento, mi solicitud de asistencia para la vivienda puede ser negada.

Además, certifico que la unidad de alquiler subvencionada por la cual estoy solicitando será mi única residencia permanente y no mantendré otra unidad separada en otra localidad.

**POR LO PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO A LAS INVESTIGACIONES RELIZADAS POR LA AUTORIDAD DE VIVIENDA CON EL FIN DE VERIFICAR LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD Y PARA OBTENER UN INFORME DE CREDITO.**

#### FIRMAS:

\_\_\_\_\_  
CABEZA DE FAMILIA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
ESPOSO/A

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
OTRO MIEMBRO ADULTO

\_\_\_\_\_  
FECHA