

DISCRIMINATION TRACKING INFORMATION

The information regarding race, national origin, and sex designation solicited on this application is requested in order to assure the Federal Government, acting through the USDA Rural Development, that Federal Laws prohibiting discrimination against tenant applicants on the basis of race, color, national origin, religion, sex, familial status, age, and disability are complied with. You are not required to furnish this information, but are encouraged to do so. This information will not be used in evaluating your application or to discriminate against you in any way. However, if you choose not to furnish it, the owner (Housing Authority of Chelan County & the City of Wenatchee) is required to note the race/national origin and sex of individual applicants on the basis of visual observation or surname.

HEAD OF HOUSEHOLD ETHNICITY: (CIRCLE ONE): Hispanic or Latino; Not Hispanic or Latino.

HEAD OF HOUSEHOLD RACE: (CIRCLE ONE): American Indian/Alaska Native; Asian; Black or African American; Native Hawaiian or Other Pacific Islander; White.

HEAD OF HOUSEHOLD GENDER: (CIRCLE ONE): MALE OR FEMALE

How did you hear about our agricultural housing?

Friend / Relative _____ Radio _____ Newspaper _____ Flier _____ Other _____

VI. APPLICANT’S CERTIFICATION AND SIGNATURES

The information in this application is full, true and complete to the best of my knowledge. I understand that if I have not given full, true and complete information to the best of my knowledge, my application for housing assistance may be denied.

In addition, I certify that the subsidized rental unit I am applying for will be my only permanent residence and I do not, nor will I maintain a separate subsidized rental unit in a different location.

I HEREBY GIVE MY CONSENT TO INQUIRIES BEING MADE BY THE HOUSING AUTHORITY FOR THE PURPOSE OF VERIFYING THE STATEMENTS CONTAINED IN THIS APPLICATION AND TO OBTAIN A CREDIT REPORT.

SIGNATURES:

Head of Household

Date

Spouse

Date

Other Adult Household Member

Date

FOR OFFICE USE ONLY:

TOTAL INCOME: \$ _____

QUALIFIED DUDUCTIONS

TOTAL ADJUSTMENTS: \$ _____

\$480.00 per child

ADJUSTED INCOME: \$ _____

\$400.00 for elderly (62+) or disabled family

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



Solamente para el uso de la Oficina

Solicitud # _____ Cuantas Recamaras _____
 Fecha: _____ @ _____
 Prioridad de elegibilidad _____ - _____ Nivel % _____
 Requiere intérprete: SI / NO
 Processed by: _____

Heritage Glen
665 3rd Street NE
East Wenatchee, WA
Unidades de 1-4 recamaras
Propiedad de No Fumar
No Mascotas

Presentación de esta solicitud no garantiza que usted recibirá un apartamento. Nos ayudara a determinar su elegibilidad y la categoría de prioridad y ponerlo en una lista de espera. Si usted califica **ES IMPORTANTE QUE USTED LLENE EL FORMULARIO CON EXACTITUD Y PROPORCIONE TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA COMPLETAR LA SOLICITUD.** Usted debe notificarnos si hay cualquier cambio en el tamaño de la familia o el ingreso. También debe renovar esta aplicación al menos cada dos años si se desea permanecer en nuestras listas de espera activas.

NOMBRE DE SOLICITANTE: _____

DOMICILIO: _____
 Numero & Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Mensaje _____ Trabajo _____

I. COMPOSICION DE LA FAMILIA: Lista de todas las personas que viven con usted, empezando con la cabeza del hogar.

NOMBRE DE CADA MIEMBRO DE FAMILIA	RELACIÓN A LA CABEZA DEL HOGAR	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	SEGURO SOCIAL	CIUDADANO O RESIDENTE LEGAL SI O NO
1.	Cabeza del hogar					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

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

* ¿Tiene usted una discapacidad que requiere una unidad con funciones especiales? Si / No ¿En caso afirmativo, que funciones de unidad va a necesitar para su discapacidad?

* ¿Tiene usted una discapacidad que requiere una ayuda auxiliar? Si/No ¿En caso afirmativo, que dispositivos auxiliares requiere para su discapacidad?

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

* ¿Ha solicitado a este u otro programa conducido por la Autoridad de Vivienda del Condado Chelan y la Ciudad de Wenatchee o ha sido inquilino de nuestras viviendas? Si/No

* Número previo de su solicitud o domicilio de nuestro apartamento: _____

II. CIUDADANIA/RESIDENCIA LEGAL

- Documentación Requerida:
- (1) Copia de su acta de nacimiento de Estados Unidos o tarjeta de Residencia Permanente.
 - (2) La ultima declaración de impuestos y formas W-2.
 - (3) Tarjetas de seguro social para todos los miembros de familia.

Traer los documentos con usted y haremos copias para usted

III. INGRESO TOTAL ANUAL

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

1. INGRESO AGRICOLA DEL JEFE DE FAMILIA: (Si usted necesita más espacio, favor de anotar en la parte posterior)

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

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

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

3. INGRESO AGRICOLA DE OTRO MIEMBRO ADULTO DE FAMILIA: (mayor de 18 años)

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

B. INGRESOS DE FUENTES NO AGRICOLAS: (Por favor anote todos los ingresos no agrícolas recibidos por usted o cualquier miembro adulto de su familia durante los últimos 12 meses.)

PATRON/COMPANIA	DOMICILIO DE EMPLEO	FECHAS TRABAJADAS		IGRESO TOTAL
		Desde	Hasta	\$
		Desde	Hasta	\$
		Desde	Hasta	\$
		Desde	Hasta	

Desempleo: \$ _____ Por _____ Desde _____ Hasta _____ Total: \$ _____

Seguro Social / SSI: \$ _____ Por _____ Desde _____ Hasta _____ Total: \$ _____

Asistencia Publica: \$ _____ 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: \$ _____

TOTAL
Anual: \$ _____

INTERESES, INGRESO DE PROPIEDAD ACTUAL OR PERSONAL: