



Casa Esperanza, Inc. & Affiliates
 (Nueva Vida, Inc. & Nuestro Hogar, LLC)
 302 Eustis Street Roxbury, MA 02119



SOLICITUD DE VIVIENDA DE APOYO

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

1. Nombre del residente: _____ Fecha efectiva: _____
 Dirección: _____ Fecha de mudanza: _____
 Número primario: _____
2. Tipo de unidad: Soltero/a Familiar

Tamaño de unidad: Estudio SRO 2 Habitaciones 3 Habitaciones
 Unidad accesible sensorial/de movilidad

3. Composición del hogar

Enumere a TODAS las personas que van a vivir en el apartamento

	Apellido	Primer nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Estudiante S/N
1			<i>Cabeza del hogar</i>			
2						
3						
4						
5						

¿Has cambiado el número de miembros del hogar en los últimos 12 meses? Sí No

¿La cantidad de miembros del hogar cambiará en los próximos 12 meses? Sí No

¿Hay algún miembro de la vivienda actualmente ausente? Sí No

¿Cuándo se espera que regresen? Sí No

¿Todas las personas en el hogar serán o habrán sido estudiantes de tiempo completo durante cinco meses calendario de este año o planean estar en el próximo año calendario en una institución educativa (que no sea escuela de educación a distancia) con profesores y estudiantes regulares? Sí No

INGRESOS (*Ingresos anuales*)

Enumere TODAS las fuentes de ingresos mensuales de cada miembro del hogar

¿Está usted o algún miembro del hogar recibiendo:					
Fuente de ingreso	Cabeza de hogar	Miembro de la familia			
Empleo					
Trabajo 1					
Trabajo 2					
Seguridad Social					
SSI					
Pensión/A anualidad					
Manutención de los hijos					
Pensión alimenticia					
TANF					
Otro					
Otro					
TOTAL					

4. Describa su situación de vida actual:

Programa de recuperación: _____

Refugio: _____

Transicional: _____

Otro: _____

Teléfono actual # _____ Otro _____

¿Cuánto tiempo ha estado viviendo en esta dirección? _____

5. Empleo:

¿Está usted empleado? Sí _____ No _____

Si está empleado, nombre del empleador/compañía _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono # () _____

Nombre del supervisor: _____

Tiempo de trabajo _____ Fecha de inicio _____

Posición: _____ Pago semanal _____

6. Otra Fuente de ingreso:

Seguridad social _____ SSI _____

Pensión de veteranos _____ D.T.A. _____

Manutención de los hijos: _____ Desempleo: _____

Otro _____

7. Persona a notificar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono # () _____

Los solicitantes que cumplan con los siguientes criterios recibirán una preferencia para vivienda de apoyo. Toda la información será verificada.

8. Adaptaciones especiales:

¿Está discapacitado y necesita las características de una unidad accesible para sillas de ruedas?

Sí _____ No _____

9. ¿Está sin hogar o corre el riesgo de quedarse sin hogar? Sí _____ No _____

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias y ha completado un programa de tratamiento de rehabilitación con un mínimo de seis meses? Sí _____ No _____
Si seleccionó sí, indique el nombre del programa: _____

Puede beneficiarse de alguno de los siguientes servicios: Talleres de formación laboral; orientación profesional; grupos de apoyo de pares; gestión y apoyo de casos familiares; talleres de habilidades para padres; consejería individual y familiar; ¿Grupos de apoyo de NA?

Sí _____ No _____

Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para vivienda en Nueva Vida Inc., Nueva Esperanza y en el lugar de apoyo de Vivienda de Dunmore. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que la gerencia verifique la información en esta solicitud.

Firma del aplicante Fecha

Firma del entrevistador Fecha