

Lista de espera centralizada de Sección 8 en Massachusetts

Por favor complete todos los espacios marcados con asteriscos (*) o su aplicación será considerada como incompleta. Complete la información de cada miembro de su hogar. Si su hogar consiste de más de 4 miembros por favor utilice papeles adicionales. Para más información sobre la aplicación por favor use de referencia el documento de información sobre la pre-aplicación que está disponible en www.gosection8.com/MassCWL

Cabeza del Hogar

*Primer nombre:		Segundo nombre:		*Apellido:			
Número de teléfono primario:			Tipo de teléfono:	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro
Podemos enviar mensajes de texto a este número (tarifas pueden aplicar)			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Correo electrónico primario:		

Situación Actual de Vivienda

* Cuál es su situación de vivienda actual?

Vive en una residencia permanente

Vive en una residencia temporal

Vive en un albergue u hotel/motel

Vive en un lugar que no se usa normalmente para vivienda

* Esta tu familia en riesgo de perder su residencia actual? Si No

Dirección de casa

A cargo de:							
*Dirección 1:				Dirección 2:			
*Ciudad:		*Estado:		*Código Postal:			

Este es la mejor dirección para enviar correspondencia? Si no, por favor provea su dirección de correo:

Dirección de correo

A cargo de:							
*Dirección 1:				Dirección 2:			
*Ciudad:		*Estado:		*Código Postal:			

Costo de Vivienda

* Cuál es su renta mensual o pago de hipoteca?	* \$	* Cuál es el costo total de sus utilidades? (calefacción, calentador de agua y electricidad)	* \$
------------------------------------------------	------	----------------------------------------------------------------------------------------------	------

Contacto de emergencia

Por favor provea un contacto adicional en caso de que necesitemos contactarlo en referencia sobre su estado en la lista de espera.

Primer nombre:		Apellido:					
Número de teléfono:			Relación:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Otro

Hogar

* Cuántas personas viven en tu hogar?	* #
*Cuántas habitaciones requiere su hogar?	* #

Cabeza del Hogar

*Fecha de nacimiento:		Genero:		* U.S. Ciudadano:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
* SSN o ID Extranjera#:	<input type="checkbox"/> No tengo SSN o ID Extranjera# (un número temporal será provisto por la PHA)			* Discapacitado:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Cabeza del Hogar - Empleo u otros ingresos

Empleo 1:		Tipo:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Temporal
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Ingreso mensual aproximado de empleo 1:			\$	Pago en efectivo:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Horas por semana:		*Algún otro ingreso mensual (Incluyendo SSI, SSDI, pensión alimenticia, manutención de hijos, pensiones, etc.):			* \$

Cabeza del Hogar - Escuela

*Estudiante:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si lo es:	Nombre de escuela:	
Tipo de Escuela:	<input type="checkbox"/> Jardín de infantes <input type="checkbox"/> Elemental (K-6) <input type="checkbox"/> Intermedia (6-8) <input type="checkbox"/> Escuela Superior (9-12) <input type="checkbox"/> Colegio o Universidad <input type="checkbox"/> Entrenamiento			
Ciudad:		Estado:		Código postal:

Cabeza del Hogar - Estatus de Veterano

En algún momento has servido en el servicio activo de EE. UU. Fuerzas armadas, reserva o Guardia Nacional?	* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Eres ex-pareja, viudo(a) de una persona que no es miembro actual de tu hogar pero que sirvió en el servicio activo de EE.UU Fuerzas armadas, reserva o Guardia Nacional?	* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, por favor indique los años que sirvió: _____	

Cabeza del Hogar - Raza

Opcional: El propósito de esta pregunta es solo para reportes de HUD.

- | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Isleño del pacifico |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano | <input type="checkbox"/> Asiático |

Cabeza del Hogar - Etnicidad

Preguntado únicamente para fines de informes de HUD:

- | |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino |
| <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino |
| <input type="checkbox"/> No quisiera revelar |

Miembros del Hogar 2

Co-solicitante (uno por hogar)

*Primer nombre:		Segundo nombre:		* Apellido:	
* Relationship to Head of Household: <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Foster child <input type="checkbox"/> Live in Aid <input type="checkbox"/> Other					
* Fecha de nacimiento:		Genero:		*U.S. Ciudadano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	* Discapitado(a): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
* SSN o ID Extranjera #:		<input type="checkbox"/> No tengo SSN o ID Extranjera# (un número temporal será provisto por la PHA)			

Empleo u otros ingresos

Ingresos mensuales de empleo:	\$	Tipo:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Temporal
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Horas por semana:			* Algún otro ingreso mensual:	\$	

Escuela

*Estudiante:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si lo es, Nombre de escuela:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
Tipo de Escuela:	<input type="checkbox"/> Jardín de infantes <input type="checkbox"/> Elemental (K-6) <input type="checkbox"/> Intermedia (6-8) <input type="checkbox"/> Escuela Superior (9-12) <input type="checkbox"/> Colegio o Universidad <input type="checkbox"/> Entrenamiento				
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

Estatus de Veterano

En algún momento has servido en el servicio activo de EE. UU. Fuerzas armadas, reserva o Guardia Nacional?	* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Eres ex-pareja, viudo(a) de una persona que no es miembro actual de tu hogar pero que sirvió en el servicio activo de EE.UU Fuerzas armadas, reserva o Guardia Nacional?	* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, por favor indique los años que sirvió: _____	



Por favor provea la información de cada uno de los miembros de su hogar. Papeles adicionales pueden ser incluidos para añadir miembros del hogar o información adicional sobre empleo y escuela. * Campo requerido

Miembros del Hogar 3				Co-solicitante (uno por hogar) <input type="checkbox"/>			
*Primer nombre:		Segundo nombre:		*Apellido:			
* Relationship to Head of Household:			<input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Foster child <input type="checkbox"/> Live in Aid <input type="checkbox"/> Other				
* Fecha de nacimiento:		Genero:		*U.S. Ciudadano:		* Discapacitado(a):	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
* SSN o ID Extranjera #:				<input type="checkbox"/> No tengo SSN o ID Extranjera# (un número temporal será provisto por la PHA)			
Empleo u otros ingresos							
Ingresos mensuales de empleo:		\$		Tipo:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Temporal	
Ciudad:		Estado:		Código postal:		Pago en efectivo:	
						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Horas por semana:				* Algún otro ingreso mensual:			
				\$			
Escuela							
*Estudiante:		Si lo es, Nombre de escuela:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Jardín de infantes <input type="checkbox"/> Elemental (K-6) <input type="checkbox"/> Intermedia (6-8) <input type="checkbox"/> Escuela Superior (9-12) <input type="checkbox"/> Colegio o Universidad <input type="checkbox"/> Entrenamiento			
Ciudad:		Estado:		Código postal:			
Estatus de Veterano							
En algún momento has servido en el servicio activo de EE. UU. Fuerzas armadas, reserva o Guardia Nacional?						* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Eres ex-pareja, viudo(a) de una persona que no es miembro actual de tu hogar pero que sirvió en el servicio activo de EE.UU Fuerzas armadas, reserva o Guardia Nacional?						* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, por favor indique los años que sirvió: _____							

Miembros del Hogar 4				Co-solicitante (uno por hogar) <input type="checkbox"/>			
*Primer nombre:		Segundo nombre:		*Apellido:			
* Relationship to Head of Household:			<input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Foster child <input type="checkbox"/> Live in Aid <input type="checkbox"/> Other				
* Fecha de nacimiento:		Genero:		*U.S. Ciudadano:		* Discapacitado(a):	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
* SSN o ID Extranjera #:				<input type="checkbox"/> No tengo SSN o ID Extranjera# (un número temporal será provisto por la PHA)			
Empleo u otros ingresos							
Ingresos mensuales de empleo:		\$		Tipo:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Temporal	
Ciudad:		Estado:		Código postal:		Pago en efectivo:	
						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Horas por semana:				* Algún otro ingreso mensual:			
				\$			
Escuela							
*Estudiante:		Si lo es, Nombre de escuela:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Jardín de infantes <input type="checkbox"/> Elemental (K-6) <input type="checkbox"/> Intermedia (6-8) <input type="checkbox"/> Escuela Superior (9-12) <input type="checkbox"/> Colegio o Universidad <input type="checkbox"/> Entrenamiento			
Ciudad:		Estado:		Código postal:			
Estatus de Veterano							
En algún momento has servido en el servicio activo de EE. UU. Fuerzas armadas, reserva o Guardia Nacional?						* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Eres ex-pareja, viudo(a) de una persona que no es miembro actual de tu hogar pero que sirvió en el servicio activo de EE.UU Fuerzas armadas, reserva o Guardia Nacional?						* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, por favor indique los años que sirvió: _____							

Condiciones de vivienda del aplicante

Alguien en su hogar ha estado en riesgo de ser desplazado por algún desastre natural?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre/Tipo de desastre:		Fecha:		Fecha de desplazamiento:	
Ciudad del desastre:		Estado:		Código postal:	
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado por alguna acción del dueño de la propiedad?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*Alguien en su hogar ha desocupado su hogar anterior por razones de violencia doméstica o vivía en una unidad con una persona que participa en acciones violentas?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado por algún crimen de odio?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado por alguna acción del gobierno?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado por inaccesibilidad de una unidad?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado para evitar represarías o por estar en riesgo bajo protección de testigos?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*Alguien en su hogar ha tenido que huir de su hogar por estar en condiciones peligrosas?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*Está usted actualmente viviendo en una propiedad deficiente?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
* Usted o algún miembro del hogar vive en una institución que proporciona una residencia temporal, incluidos refugios colectivos y viviendas de transición, destinadas a personas con discapacidades?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
* Está usted o un miembro del hogar en grave riesgo de mudarse a una institución que proporciona una residencia temporal, incluidos refugios colectivos y viviendas de transición, destinadas a personas con discapacidades?				* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Debes completar todos los encabezados en la pre-aplicación para ser añadido en la lista de espera. Los encabezados requeridos están marcados con asteriscos (*). Los encabezados en la pre aplicación son utilizados para determinar su elegibilidad y lugar en la lista de espera. Por favor tenga en cuenta que cada Autoridad de Vivienda opera bajo su propia póliza local y utilizan diferentes métodos y preferencias de rangos en la lista de espera. Si tienes alguna pregunta o necesita una información adicional de como completar su pre-aplicación por favor contacte a su Autoridad de Vivienda participante.

Regrese la Pre- Aplicación completada a UNO de las 101 Autoridades de Viviendas participantes en la Lista de Espera Centralizada de Sección 8 en Massachusetts. Para una lista completa de las Autoridades de Vivienda por favor vea el documento de información sobre la pre aplicación o visite www.gosection8.com/MassCwL.

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ADJUNTA ES PRECISA Y COMPLETA

Entiendo que la sumisión de información falsa puede resultar en la pérdida de elegibilidad para participar en el Programa de Vales de Elección de Vivienda de Sección 8. Yo certifico que he alcanzado la edad de dieciocho años y por eso tengo la completa capacidad legal de actuar en mi propio nombre en materia de contratos.

* Firma de la cabeza del hogar:

* Fecha:

Solo para uso de la Autoridad de Vivienda

ID de aplicación: _____ Fecha de aplicación: _____

