



Esta aplicación es para los siguientes programas. Por favor, lea la descripción de cada uno. Los requisitos de ingreso están apuntados abajo por programa. El ingreso anual debe ser bajo o igual que las cantidades apuntadas para cada programa. Marque SI en cada programa que usted quiere aplicar. Marque NO en cualquier programa que usted no quiere aplicar. Por favor, firme su nombre abajo. **Se le avise que no hay programas de emergencia.**

PROGRAMA SECCIÓN 8 (S8 HCV)

Los solicitantes reciben ayuda de renta para viviendas de dueños privados. La renta será aproximadamente 30% de su ingreso mensual ajustado. La lista de espera es aproximadamente 3 a 4 años.

SI _____ NO _____

PROGRAMA DE VOUCHER BASADO EN EL PROYECTO (PBV)

Los solicitantes reciben ayuda de renta para apartamentos específicos localizados en el condado de Jackson. La renta será aproximadamente 30% del ingreso mensual ajustado. La lista de espera es aproximadamente 3 a 4 años.

SI _____ NO _____

GUIAS DEL INGRESO

Número de Miembros Familiar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso bruto anual máximo	23,950	27,350	30,750	34,150	36,900	39,650	42,350	45,100

Este es su recibo para sus registros personales. La dirección que proporciona en su solicitud es la dirección que usaremos para cualquier correspondencia.

***** Si hay un cambio en su DIRECCIÓN DE CORREO, debe notificarnos por escrito y enviarlo o traerlo a nuestra oficina de inmediato. Solo te contactamos por correo. Si le devuelven su carta de notificación u otro correo, será eliminado de la (s) lista (s) *****

Si necesita adaptaciones razonables, infórmenos.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al (541) 779-5785 ext. 1000.

Nombre _____ La Fecha _____



INSTRUCCIONES: POR FAVOR, LEA Y LLENE TODAS LAS AREAS. USE EL NOMBRE LEGAL POR TODOS LOS MIEMBROS DE LA CASA COMO APARECE EN SU TARJETA DE SEGURO SOCIAL.

Nombre del Solicitante: _____

La Dirección Física: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Envío: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico: _____

¿Está usted actualmente sin hogar? Si ___ No ___

Los Miembros del Hogar: Apunte los nombres de todos los miembros de la casa quienes van a vivir en la unidad de asistencia con usted. El nombre del solicitante es primero.

Nombre Legal	Sexo	Relación al Solicitante	Fecha de Nacimiento	Discapacitado Si / No	Número de Seguro Social
1.		Si mismo			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

La siguiente información se requiere para cumplir los requisitos de oportunidad igual y asegurar que no ocurra discriminación. Al contestar esta pregunta es estrictamente voluntario.

El solicitante principal (marque todo lo que aplica) Blanco ___ Negro ___ Indio Americano/Alaskeño Nativo ___ Asiático ___ Hawaiano/Otros Isleño Pacífico ___ Hispano ___ No Hispano ___

Como aprendiste de nuestras programas? Referido por otra agencia? (cual?)

Palabra de boca? ___ Periódico? ___ Internet? ___ T.V ? ___ Folleto? ___ Otra Manera (cual?) ___

Ingresos

\$ / Mensual (antes de impuestos)	Fuente de Ingreso (Trabajo, AFS, Manutención de los Hijos, Desempleo, SSI, SSDI, etc.)

Total de bienes (balance total de cuentas del banco, propiedad, etc.) \$ _____

¿Necesita una unidad con características especiales? No aplicable Con barandillas
Sin escalones Accesible para Silla de Ruedas Detector de Humo para Sordos Otro _____

LA INFORMACION QUE ANOTE ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. ENTIENDO QUE ES UN CRIMEN DAR INFORMACION FALSA.

Firma _____ Fecha _____