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

	The second second		abeza del Hogar						
*Primer nombre:		Segundo nombre:		* Apellido:	. 4 4 0 . 4				
Número de teléfo	ono primario:	4	Tipo de teléfono	Móvil	Casa Tr	abajo 🗍 Otro			
Podemos enviar mo (tarifas pueden ap	ensajes de texto a este r blicar)	número	Si No Co	rreo electrónico primario	:				
		Situacio	ón Actual de Vivi	enda					
☐ Vive en una res	ción de vivienda actua sidencia permanente ergue u hotel/motel riesgo de perder su res			gar que no se us	oral a normalmente pa	ıra vivienda			
Dirección de casa A cargo de:									
*Dirección 1:			Direcciór	12:		***************************************			
*Ciudad:		*Estado:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	* Código Postal				
Este es la mejor di	rección para enviar corr	espondencia? S	i no, por favor prove	a su dirección de	e correo:				
		Dir	ección de correc	, 4					
A cargo de:									
*Dirección 1:			Direcciór	12:					
*Ciudad:		*Estado:			* Código Postal	:			
		Co	osto de Vivienda						
* Cuál es su renta hipoteca?	mensual o pago de	*\$	* Cuál es el (calefacció	costo total de sus n, calentador de	utilidades? agua y electricidad	*\$			
		Cont	acto de emerger	ıcia					
Por favor provea u	un contacto adicional er	n caso de que r	necesitemos contact	arlo en referenc	ia sobre su estado	en la lista de esper			
Primer nombre:			Apellido:	1971					
Número de teléfo	ono:		Relación:	Padre] Hijo(a) 📗 He	rmano 🔲 Otro			
			Hogar						
* Cuantas person	as viven en tu hogar?			e est c		*#			
*Cuántas habitac	iones requiere su hog	ar? [°]	·			*#			
Cabeza del Hogar									
*Fecha de nacimiento:			Genero:		* U.S. Ciudadano:	SiNo			
* SSN o ID Extranjera#:		☐ No ten	tengo SSN o ID Extranjera nporal será provisto por la	go SSN o ID Extranjera# (un número al será provisto por la PHA) *Discapacitado: Si					



Por favor provea la informació						* Campo requerid	
	Cabeza del I						
Empleo 1:		Tipo		Tiempo compi		arcial Temporal	
Ciudad:	Estac	do:		T T	Código postal	•	
Ingreso mensual aproximad		·		\$	Pago en efectivo		
Horas por semana:	*Algún otro ingreso de hijos, pensiones,	mensual (Incluye etc.):	ndo SSI	, SSDI, pensión ali	imenticia, manuter	*\$	
	Cab	eza del Hog	ar - E	scuela			
*Estudiante: Si No	Si lo es: Nomb	re de escuela:					
Tipo de Escuela: Jardín dinfantes	Elemental (K-6)	Intermedia (6-8	3) 🗌 🖁	Escuela Superior (9-12)	Colegio o Universi	dad Entrenamiento	
Ciudad:	Esta	do:			Código posta	l:	
	Cabeza	del Hogar - Est	atus (de Veterano			
En algún momento has servid						* [] Si [] No	
Eres ex-pareja, viudo(a) de u servicio activo de EE.UU Fue	ina persona que no e erzas armadas, reser	es miembro actu va o Guardia Na	al de t cional	u hogar pero વા ?	ue sirvió en el	* 🗌 Si 🗍 No	
Si la respuesta es sí, por fav	or indique los años q	ue sirvió:					
Cabeza	del Hogar - Raza			Cabez	za del Hogar -	Etnicidad	
Opcional: El propósito de est a	pregunta es solo par	a reportes de HU	D.	Preguntado úni	camente para fine	s de informes de HUD:	
Blanco	🔲 Isleño d	el pacifico		Hispano o L	atino		
Negro o Afro Americano	Otro		No Hispano o Latino				
Nativo de Alaska o Indio Ar	nericano 🔝 Asiático			No quisiera	revelar 		
					Cacalistana	uno por hogar)	
Miembros del Hogar 2 *Primer nombre:	Segun nomb	ndo		* Apellido:	Co-solicitante (uno por nogar/	
* Relationship to Head of Hou			nt 7		Foster child	Live in Aid Other	
* Fecha de nacimiento:	Genero:		* U.S		No * Discapacita		
* SSN o ID Extranjera #:				<u>'1 — — — — </u>	<u> </u>		
* SSN o ID Extranjera #: No tengo SSN o ID Extranjera # (un número temporal será provisto por la PHA) Empleo u otros ingresos							
Ingresos mensuales de empl	eo: \$	Tipo:	T	Tempo comple	to 🔝 Tiempo Pa	arcial 📋 Temporal	
Ciudad:	Estado:		Códi	go postal:	Pago en efectivo	: Si No	
Horas por semana:			*,	Algún otro ingre	eso mensual:	\$	
		Escuel	a				
*Estudiante: Si No	Si lo es, Nombre de escuela:	•] Tiempo complet	o Medio tiempo	
Tipo de Escuela: Jardín dinfantes	e Elemental (K-6)	Intermedia (6-8	3) 🗌 5	Escuela Superior (9-12)	Colegio o Universi	dad Entrenamiento	
Ciudad:	Esta	do:			Código posta	l:	
		Estatus de V					
En algún momento has servid						* USi No	
Eres ex-pareja, viudo(a) de una activo de EE.UU Fuerzas arma	das, reserva o Guardia	a Nacional?	cu nog	aı pero que sirvi	o en el servicio	* Si 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 * Campo requerido ser incluidos para añadir miembros del hogar o información adicional sobre empleo y escuela.

Miembros del Hogar 3			Co-solicitante (uno por hogar) 🔲							
*Primer nombre:	Segundo nombre:		*Ape	llido:						
* Relationship to Head of Househol	d: Spouse/Partner	Parent	Child	Sibling _	Foster child [Live in Aid Oti	her			
* Fecha de nacimiento:	Genero:	* U Ciudadar	J.S. no: Si	N	O * Discapacit	ado(a): Si	No			
* SSN o ID Extranjera #:		No tengo SSN o ID Extranjera# (un número temporal será provisto por la PHA)								
	Empled	u otros ing	resos							
Ingresos mensuales de empleo:	Tipo:	☐ Tiempo completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Tempora								
Ciudad: I	Cód	ligo postal:								
Horas por semana:			* Algún otr	o ingreso	mensual:	\$				
	i lo es, Nombre	Escuela								
"Estudiante: 51 140 d	e escuela:		Escuela			eto Medio tiem	·			
- Comantes Co		media (6-8)	Escuela Superior (9	-12) (Colegio o Univers		ento			
Ciudad:	Estado:				Código post	al:				
En algún momento has servido en e		tus de Vetera	rangamentagger grad	no a C	ordia Nacionala	* \(\si \(\partial \)	la			
Eres ex-pareja, viudo(a) de una perso activo de EE.UU Fuerzas armadas, ro							10			
	:			- 13°	\$ 1 m	*	10			
Si la respuesta es sí, por favor ind	ique los años que sirvi	Si la respuesta es sí, por favor indique los años que sirvió:								
Ministra Marine, Ministra Marine Sacione Razione Militara Marine Sacione Sacione Sacione Ministra, Min	1, 1500 MEN 1520 MAN NESS 1	man, and being pass and	51 \$254 \$520 \$525		10 2000 1000 1000 1000	SAUMI NACHI RESHI BESHA KESHA RESHA				
Miembros del Hogar 4		Mining below process and		C	o-solicitante	(uno por hogar)				
Miembros del Hogar 4 *Primer nombre:	Segundo nombre:		*Ape		o-solicitante	(uno por hogar)				
9 39 3 1 July 128 6 8 10 11 11 0 4 45 3 (8) 10 45 3 10 10 49 11 11 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	nombre:	Parent		ellido:	o-solicitante		her			
*Primer nombre:	nombre:	Parent	Child .	ellido:	Foster child (Live in Ald Ot				
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol	d: Spouse/Partner	* U Ciudadar	Child	ellido: Sibling N	Foster child (o *Discapacit	Live in Ald Ot	her			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento:	d: Spouse/Partner Genero:	* U Ciudadar	Child Sino: Si	ellido: Sibling N	Foster child (o *Discapacit	Live in Aid Ot	her			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #:	d: Spouse/Partner Genero:	Ciudadar No tengo	Child Si	ellido: Sibling N N	Foster child (o * Discapación número temporals Tiempo F	Live in Aid Ot cado(a): Si cerá provisto por la PHA) Parcial Tempo	her No			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo:	d: Spouse/Partner Genero: Emple	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo:	Child Si	Sibling Nanjera# (un r	Foster child (o * Discapacit número temporals	Live in Aid Ot cado(a): Si cerá provisto por la PHA) Parcial Tempo	her No			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo:	d: Spouse/Partner Genero: Empleo	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo: Cód	Child Sino:	Sibling Nanjera# (un r	Foster child (o * Discapación número temporals Tiempo F	Live in Aid Ot cado(a): Si cerá provisto por la PHA) Parcial Tempo	her No			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo: Ciudad: Horas por semana:	nombre: d: Spouse/Partner Genero: Empleo	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo: Cód	Child Sino:	Sibling Nanjera# (un r	Foster child (o *Discapacit número temporals Tiempo F Pago et efectiv	Live in Aid Ot tado(a): Si erá provisto por la PHA) Parcial Tempo n o: Si	her No			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo: Ciudad: Horas por semana: *Estudiante: Si No S	d: Spouse/Partner Genero: Empleo	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo: Cód	Child Sino:	Sibling Nanjera# (un rompleto	Foster child (o *Discapacit número temporals Tiempo F Pago et efectiv	Live in Aid Ot cado(a): Si erá provisto por la PHA) Parcial Tempo no: Si \$	her No pral No			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo: Ciudad: Horas por semana: *Estudiante: Si No Sd Tipo de Escuela: lardín de infantes	nombre: d: Spouse/Partner Genero: Empleo	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo: Cód	Child Sino:	Sibling Nanjera# (un rompleto	Foster child (o *Discapacit número temporals Tiempo F Pago er efectivo mensual:	Live in Ald Ot cado(a): Si erá provisto por la PHA) Parcial Tempo no: Si \$ the Medio tiem	her No pral No			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo: Ciudad: Horas por semana: *Estudiante: Si No Sd	i lo es, Nombre e e escuela: Enombre: Combre: Combre: Emple: Emple: I lo es, Nombre e e escuela: Elemental (K-6) Inter	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo: Cód Escuela	Child Sino:	Sibling Nanjera# (un rompleto	Foster child (o *Discapacit número temporals Tiempo F Pago et efectivo o mensual:	Live in Aid Ot cado(a): Si erá provisto por la PHA) Parcial Tempo no: Si sto Medio tiem sidad Entrenamie	her No pral No			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo: Ciudad: Horas por semana: *Estudiante: Si No Son Dardín de infantes Ciudad:	i lo es, Nombre e e escuela: Estado: I lo es, Nombre E e Estado: Estado: Estado: Estado: Estado: Estado: Estado: Estado: Estado:	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo: Cód Escuela media (6-8)	Child Sino:	Sibling Nanjera# (unrompleto	Foster child (o *Discapación número temporals Tiempo F Pago el efectivo o mensual: Tiempo comple Colegio o Univers Código post	Live in Ald Ot cado(a): Si erá provisto por la PHA) Parcial Tempo no: Si steto Medio tiem sidad Entrenamie al:	her No Pral No			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo: Ciudad: Horas por semana: *Estudiante: Si No Sd Tipo de Escuela: lardín de infantes Ciudad: En algún momento has servido en el	i lo es, Nombre e e escuela: Elemental (K-6) Inter Estado: Estado: Estado:	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo: Cód Escuela Tmedia (6-8) tus de Vetera	Child Sino:	Sibling Nanjera# (un rompleto	Foster child [o *Discapación número temporals Tiempo F Pago en efectivo o mensual: Tiempo comple Colegio o Univers Código post	Live in Aid Ot cado(a): Si erá provisto por la PHA) Parcial Tempo no: Si s eto Medio tiem sidad Entrenamie al;	her No Pral No inpo			
*Primer nombre: * Relationship to Head of Househol * Fecha de nacimiento: * SSN o ID Extranjera #: Ingresos mensuales de empleo: Ciudad: Horas por semana: *Estudiante: Si No Son Dardín de infantes Ciudad:	i lo es, Nombre e e escuela: Elemental (K-6) Inter Estado: Estado: Estado:	Ciudadar No tengo o u otros ing Tipo: Cód Escuela Tmedia (6-8) tus de Vetera	Child Sino:	Sibling Nanjera# (un rompleto	Foster child [o *Discapación número temporals Tiempo F Pago en efectivo o mensual: Tiempo comple Colegio o Univers Código post	Live in Aid Ot cado(a): Si erá provisto por la PHA) Parcial Tempo no: Si s eto Medio tiem sidad Entrenamie al;	her No Pral No			

Condiciones de vivienda del aplicante								
Alguien en su hogar ha estado en riesgo de ser desplazado por algún desastre natural?						* 🗌 Si	☐ No	
Nombre/Tipo de desastre:	de desastre:					cha de splazamiento:		
Ciudad del desastre:		Códig			Código postal:			
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado por alguna acción del dueño de la propiedad?								□No
*Alguien en su hogar ha de unidad con una persona qu	socupado su hogar anteri le participa en acciones vi	or por razone olentas?	s de violenc	a doméstica	o vivi	ía en una	* 🗌 Si	□No
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado por algún crimen de odio?							* 📙 Si	∐No
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado por alguna acción del gobierno?							* 🗌 Si	□No
*Alguien en su hogar ha sido desplazado o en riesgo de ser desplazado por inaccesibilidad de una unidad?							* 🗌 Si	□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?							* 🗌 Si	□No
*Alguien en su hogar ha tenido que huir de su hogar por estar en condiciones peligrosas?							* [Si	No
*Está usted actualmente viviendo en una propiedad deficiente?							* 🗌 Si	□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?							* [] Si	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?							* 🗌 Si	☐ No

Debes completar todos los encabezados en la pre-aplicación para ser añadido en lalista 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 asu 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 perdida 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 contractos. * Firma de la cabeza del hogar: * Fecha: Solo para uso de la Autoridad de Vivienda ID de aplicación: Fecha de aplicación:

