

II. INGRESOS DISPONIBLES A LA FAMILIA

Enliste todos los ingresos que reciben los miembros de la familia, no importa la edad. (Por favor de traer con usted la documentación necesaria para verificar sus ingresos)

Ingresos	Si	No	Miembro de la Familia	Origen del Ingreso	Cantidad Por Mes	Documentación Necesaria Para Verificar el Ingreso
Empleo						Síes (6) Talón de Cheque Corriente
Empleo						Síes (6) Talón de Cheque Corriente
Pensión / Retiro						Carta Corriente de Beneficios
Suplementar						Carta Corriente de Beneficios
Seguro Social						Carta Corriente de Beneficios
Retiro de Railroad						Carta Corriente de Beneficios
Soporte de Niños						Carta del Corte o Carta de OAG
TANF						Carta Corriente de Beneficios
Estampillas						Carta Corriente de Beneficios
Trabajo por cuenta propia						Carta se le dará el día de su cita
Desempleo						Carta Corriente de Beneficios
Remuneración de los trabajadores						Carta Corriente de Beneficios
Ingresos de Renta o de una propiedad						Copia del contrato y cuanto le pagan por mes
Contribuciones o regalos						Carta se le dará el día de su cita
Entrenamientos						Carta de la agencia
Becas para estudiar						Carta otorgando la beca
Otro ingreso						

1. Alguien mas que no vive con usted le ayuda a pagar sus cuentas cada mes o regularmente? Si No
Si marco que "Si" explique:

2. Algún miembro de la familia ha aplicado por beneficios que están en el proceso de ser aprobados? Si No
Si marco que "Si" explique:

III. BIENES: Algún miembro de la familia tiene bienes y raíces o recibe ingresos de estos bienes.

Clase De Bienes	Si	No	Miembro de La Familia	Origen de los Bienes	Cantidad o Valor	Documentación que se necesita para verificar los Bienes
Propiedad o Terrenos						Copia de escrituras o carta del condado con el valor estimado de la propiedad
Valores						Estado de cuenta del banco
Ahorros						Seis meses de estados de cuenta
Cuenta de Cheques						Seis meses de estados de cuenta
Pagos de Aseguros						Carta de beneficios
Certificados de Deposito						Estado de cuenta
Fideicomiso						Estado de Cuenta
Bonos						Estado de Cuenta
Aseguro de Vida						Copia de la Póliza que enseñe el valor

1. Ha bandido o regalado bienes y raséis en los ultimaos dos años? Si No
Si marco que "Si" explique: _____

IV. GASTOS DE GUARDERÍA O DE ASISTENCIA PARA UNA PERSONA DESHABILITADA:

1. Paga para que le cuiden un niño menor de doce (12) años o por un miembro de la familia que este deshabilitado para que usted pueda ir a trabajar o a la escuela? Si No
2. Usted recibe asistencia del Programa CCMS? Si No (Si, debe traer la carta de beneficios)
3. Paga para que le cuiden los niños menor de doce (12) años a un familiar o amigo? Si No (Si, una forma se le dará en la cita)

V. GASTOS MÉDICOS (complete solamente si el encabezado o el esposo(a) esta deshabilitado o mayor de 62 años)

Gastos Medico	Si	No	Miembro de La Familia	Origen	Cantidad	Documentación Necesaria
Aseguro Medico						Estado de cuenta
Visita de Doctores						Cuentas medicas o estados de cuenta que enseñe cuanto ha pagado usted
Medicinas						Estado de cuenta de la farmacia del ultimo año
Otro						
Otro						

VI. HISTORIA CRIMINAL

1. Algún miembro de la familia (no importa la edad) ha sido arrestado o declarado culpable por alguna de las siguientes razones. Estaremos conduciendo un búsqueda del record criminal con el estado ha toda persona mayor de 17 años.

Violación/Crimen	Si	No	Miembro	Detalles
Actividad o crimen violento				
Actividad o crimen relacionado con el alcohol				
Fabricación de met-amphetamines				
Posesión, venta o distribución de drogas ilegales				
Requiere que este registrado como ofensor de sexo				
Ha participado en rehabilitación de drogas en los últimos doce meses				
Otro crimen				

1. Es usted víctima de violencia domestica? Si No (Si, una forma se le dará en la cita)

VII: GASTOS DE LA CASA: (Apunte la cantidad que gasta cada mes en cosas básicas, si algo no le pertenece favor de marcar con N/A no lo deje en blanco)

Clase de Gasto	Cantidad por mes	Quien paga	Clase de Gasto	Cantidad por mes	Quien paga
Renta			Dinero que gasta en comida		
Cuenta de Luz			Comida de Restaurante		
Gas No. De Cuenta:			Productos desechables, servilletas, etc.		
Agua No. De Cuenta:			Arreglo persona, shampoo, pasta, etc.		
Pago del vehículo			Productos para la limpieza		
Aseguro del Vehículo			Gas para el vehículo		
Cable			Zapatos, ropa, etc.		
Teléfono (casa)			Cine		
Teléfono (celular)			Servicios de Internet		
Guardería			Joyas		
Mueblería			Entretenimiento (cerveza, licor, cigarros, etc.)		
Prestamos (ponga todos los prestamos que tenga)			Cosas para el hogar, (muebles, toallas, etc.)		
Tarjetas de crédito (enliste todas las tarjetas que tenga)			Mantenimiento del vehículo (cambios de aceite, llantas, etc.)		
Otros gastos			Visitas al doctor y medicinas		
Otros gastos			Otros gastos		

Toda la información obtenida durante la entrevista está sujeta a verificación. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deberán de repasar esta información, el acto de privacidad, y firmar la autorización de información para ser considerados para asistencia.

Con mi firma, yo atesto y juro que la información en esta aplicación es verdadera y esta correcta. Con mi firma le doy permiso al Housing Authority que verifique la información necesaria para determinar mi elegibilidad para asistencia. Yo entiendo que información falsa o afirmaciones incorrectas son razones para negar la asistencia.

_____	_____
Firma del encabezado de la Familia	Fecha
_____	_____
Firma de esposo(a) o otro adulto	Fecha
_____	_____
Firma de esposo(a) o otro adulto	Fecha

ADVERTENCIA: TITULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, DICE QUE ES UNA FELONÍA HACER AFIRMACIONES FALSAS O DAR INFORMACIÓN INCORRECTA DELIBERADAMENTE.

The San Benito Housing Authority is committed to compliance with Equal Housing Opportunity, the Fair Housing Act and the American with Disabilities Act. Reasonable accommodations and equal access to communications will be provided upon request.

