



Northside Village

Dirección: 2450 Van Vranken Ave
Schenectady, NY 12301
Teléfono: 518.636.0331
Fax: 518.888.3109
Correo electrónico: NorthsideVillage@penrose.com
TTY: 711

Para ser completado por el personal de la oficina:
Número de solicitud _____
Fecha de recepción de solicitud _____
Hora de recepción de solicitud _____
Iniciales del miembro del personal _____

JEFE DE FAMILIA

M	F
---	---

NOMBRE: _____ NRO. DE SEGURO SOCIAL: _____

(Nombre de pila) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

DIRECCIÓN ACTUAL: _____ NRO. DE CASA: _____

(Nro. de casa) (Calle) (Nro. de apartamento)

NRO. DE CELULAR: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal) TRABAJO NRO.: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Cómo supo de nosotros? _____ ESTADO QUE EMITIÓ LA LICENCIA DE CONDUCIR: _____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

MIEMBROS DEL HOGAR

Se requiere una cuota de solicitud no reembolsable de 25 dólares por cada miembro adulto del hogar. Se paga sólo con un giro postal o con fondos certificados.

Nombre	Fecha de nacim.	M/F	Relación	Número de seg. soc.	Estado y número de LC

INGRESO ANUAL DEL HOGAR

Remuneración/salario bruto	\$
Ingresos del seguro social	\$
Ingresos del seguro social por discapacidad	\$
Asistencia pública (previsión/TANF)	\$
Manutención de hijos	\$
Pensión	\$
Otros ingresos (especifique):	\$



PENROSE
Bricks & Mortar | Heart & Soul



Preferencias para determinar la posición en la lista de espera (si corresponde)

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una DISCAPACIDAD?		Y	N
¿Tiene trabajo actualmente?		Y	N
¿Es usted o un miembro de su hogar un veterano?		Y	N
¿Es usted estudiante o recién graduado de un programa educativo o de capacitación?		Y	N
¿Tiene un voucher portátil conforme a la sección 8 (HCVP)?		Y	N
Si es así, ¿a través de qué agencia?			
¿Es usted un residente que regresa de Yates Village?		Y	N
Si es así, ¿cumple regularmente sus obligaciones ante SMHA?		Y	N
¿Necesita una unidad con características especiales? (p. ej.: una unidad para personas con movilidad reducida, problemas de la vista, problemas de audición, plato de ducha, barras de apoyo, sin escalones, etc.)		Y	N
Si marcó sí, encierre en un círculo las características requeridas:			
Unidad para personas con movilidad reducida	Unidad para personas con problemas de la vista	Unidad para personas con problemas de audición	
Barras de apoyo	Sin escalones	Otro:	
Describa:			

Preguntas adicionales

¿Tiene alguna mascota que vaya a vivir con usted? <i>Política sobre mascotas: 2 mascotas como máximo, límite de 35 libras (15 kilos) cada una. Se aplican restricciones en materia de razas. Se requiere un depósito de garantía adicional.</i>	Y	N
Si respondió que sí, ¿cuántas?		
¿En cuántos dormitorios está interesado?	1° preferencia:	2° preferencia:

Por la presente certifico que lo anterior es verdadero, correcto y completo a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación será motivo de expulsión del programa y/o enjuiciamiento conforme al Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Tipos de asistencia del programa (SÓLO para uso de la oficina) **Importante: Debe notificarnos de inmediato si modifica la información de esta solicitud

TC	<input type="checkbox"/>	50 %	<input type="checkbox"/>	80 %	<input type="checkbox"/>
PBV	<input type="checkbox"/>	60 %	<input type="checkbox"/>	30 %	<input type="checkbox"/>

Abril de 2023

