



Marion County
OREGON
County Housing Authority

MARION COUNTY HOUSING AUTHORITY
2645 Portland Rd NE, Suite 200 · Salem, OR · 97301
Phone: (503) 798-4170 Fax: (503) 798-4171 TTY: (800) 735-2900
http://housing.co.marion.or.us

FD _____
HM _____

**LISTA DE ESPERA-
PARA VIVIENDA DE LABORES AGRICOLA**

Nombre del Solicitante _____

Nombre _____ Fecha _____
Apellido Primero segundo

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección (Apartado Postal) _____

Numero de teléfono _____ Celular / mensaje _____

Teléfono de Mensaje _____ Correo electrónico _____

MIEMBROS DEL HOGAR (Ponga en lista todos los miembros, incluyendo usted, quien vivirá con usted parte tiempo o todo el tiempo)

Incapacidad
Sí o No

Nombre (Primero, Segundo, Apellido)	Sex M or F	Relación Al Solicitante	E D A	Fecha de Nacimient o	Lugar de Nacimiento	Y or N	# de Seguro Social o # de matrícula
1.		El Solicitante					
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Usted o alguno en su lugar de habitación padece de incapacidad? Yes No

¿Cuánto paga al momento por renta? \$ _____ Útilites? \$ _____

INGRESOS DEL HOGAR

Escriba en el espacio de abajo todos los miembros del hogar quienes reciben ingresos y de donde provienen. Ingresos incluyen, pero no son limitados a:

Manutención de niños Salarios de propio empleo asistencia de familia y amigos sustento Seguro de compensación al trabajador
TANF/Estampillas para alimentos pensiones / jubilación Seguro Social pagos de compensas pagos de incapacidad temporal
propinas prestamos financieros comisiones beneficios de desempleo anualidades
si necesita mas espacio agregue otra pagina

Nombre del miembro de la familia	Fuente de ingresos Nombre y dirección del empleador	Teléfono y/o numero de fax	Cantidad por mes
			\$
			\$
			\$

¿Alguien mas del hogar anticipa algunos otros ingresos dentro los próximos 12 meses la cual no este ya en lista? Yes No

Si es que si, favor de explicar _____

Aproximadamente cual es la cantidad de ingresos del hogar? _____

¿Usted o alguno de su familia requiere un ajuste a sus ingresos de incapacidad? Si No

BIENES MUEBLES

Ponga en lista todos los bienes muebles de la familia. Los bienes muebles incluyen, pero no es limitados a:

Cuentas de Banco cuentas de Ahorros inversiones /cuentas de jubilación IRA's Bienes raíces certificados de deposito acciones / bonos

Banco/ Institución Financiera	Tipo de cuenta (Chequera, Ahorros, propiedad, acciones)	Numero de la cuenta	\$ Cantidad
Banco /Institución Financiera	Tipo de Cuenta (Chequera, Ahorros, Propiedad, Acciones)	Numero de la Cuenta	\$ Cantidad
Banco/ Institución Financiera	Tipo de Cuenta (Chequera, Ahorros, Propiedad, Acciones)	Numero de Cuenta	\$ Cantidad

En cuales otros Estados han vivido usted y cualquier miembro de su familia? _____ Cuando? _____

¿Algún miembro de su familia ha recibido asistencia de Vivienda antes? Si No

Si contesto Si, permítanos el nombre y localidad de vivienda y autoridad _____

¿Bajo cual nombre? _____ ¿Aproximadamente en que Año? _____

Domicilio de vivienda: _____

¿Alguna vez le cancelaron su asistencia de vivienda una autoridad de vivienda? Si No

Si contesto "sí", ¿díganos que fue el motivo?

¿Alguna vez ha sido desalojado al estar recibiendo asistencia de vivienda? Si No Si contesto "sí" ¿hace cuánto tiempo?

¿Le debe usted dinero a cualquier autoridad de Vivienda? Si No

GASTOS MEDICAL (donde sea aplicable)

Si la cabeza del hogar o su esposa tiene por lo menos 62 años de edad o están incapacitados, existen algunos gastos medicos que usted paga de su propia bolsa (sin reembolso y no cubierto por el seguro) a cuotas mensuales? Si No si contesto que si, por favor ponga en lista.

Nombre y dirección de la farmacia, Doctor, hospital, clínica, u otro	Numero de teléfono y /o fax	Sin reembolso cantidad mensual
		\$
		\$

CUIDAD INFANTIL (donde sea aplicable)

Si tiene un dependiente 12 años o menor de edad en el hogar, puede ser elegible para deducción de cuidado infantil si usted esta trabajando o es estudiante elegible.

¿Tiene usted cualquier gasto de cuidado infantil los cuales no son reembolsables por una agencia u otro individuo? Si No.

Si contesto que si, favor de contestar lo siguiente:

¿Cuánto paga por su cuenta por gastos de cuidado infantil? \$ _____ por semana \$ _____ por mes

Nombre del proveedor de cuidado infantil	Dirección	Numero de Teléfono

¿A participado algún miembro de su familia en cualquier actividad criminal, a sido arrestado o convicto? (Incluyendo infracciones de tráfico o incidentes involucrando alcohol o drogas) Si No

Si contesto "sí" favor de dar una explicación.

Comprenda que si la pregunta arriba se contestó que "NO" y un chequeo de antecedentes revela actividad criminal, la solicitud para asistencia de rentas se le negara por proporcionar falsa información.

POR FAVOR INDIQUE POR CUAL LOCALIDAD GUSTA APLICAR AL MARCAR EL CUADRO CORRESPONDIENTE QUE SIGUE:

- FARMDALE APARTMENTS** – Propiedad de Housing Authority, apartamentos de 2, 3 y 4-recamaras en la ciudad de Woodburn. Las familias deben estar empleadas en trabajo de labores agrícolas. E incluye el agua, drenaje y servicios de basura y el área tiene lavandería. Un área mejorada de recreo para los niños es la atracción para los residentes.
- HARVEST MANOR** – Propiedad de Housing Authority con apartamentos de 2, 3 y 4-recamaras en la ciudad de Silverton. Estas habitaciones están disponibles a familias empleadas en trabajo relacionado a labores agrícolas. El agua, drenaje y servicios de basura están incluidos y servicios de lavandería están convenientemente en el área.

Yo/Nos. certificamos que si somos elegible y se nos ofrece una habitación, la habitación asistida será nuestra residencia primaria de familia.

Yo/Nos. damos permiso a RHS (Servicios de Vivienda Rural) y a MCHA (Autoridad de Vivienda del Condado de Marion) en pedir y obtener información de ingresos a través de un programa de computadora para verificar la elegibilidad y el nivel de beneficios. Yo/Nos. igualmente autorizamos a RHS y MCHA en buscar información de sueldo, Nuevo empleado y reclamos de desempleo de los empleados presentes y pasados para verificar la información obtenida a través del programa de computadora.

Yo/Nos. certificamos que la información compartida con Marion County Housing Authority en esta PRE-aplicación igual como cualquier información compartida en el futuro es exacta y completa para lo mejor de mi/nos. conocimiento y creencia. Yo/Nos. incluso entendemos que la Sección 1001 del Titulo 18 de código de los Estados Unidos declara ser una ofensa criminal las declaraciones con intentos falsos o mis representaciones a Marion County Housing Authority y es castigado con multas y/o encarcelamiento.

Firma del Solicitante	Fecha	Firma del Solicitante	Fecha
-----------------------	-------	-----------------------	-------

La información con respeto a la raza, Etnicidad, y sexo solicitada en el presente es solicitada en orden de asegurar al Gobierno Federal, actuando a través de Rural Housing Service que las leyes Federal prohibiendo la discriminación en contra las aplicaciones de los residentes a bases de raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado de familia, edad, e incapacidad se cumplan No se requiere a usted que de esta información. Pero se le apoya que lo haga. No se usara esta información para evaluar y su aplicación o para discriminar en contra de usted de ninguna manera. Sin embargo, si usted decide no darla, el dueño esta obligado en anotar la raza, etnicidad, y sexo de los individuos solicitante a bases de observaciones visuales y apellidos..

Etnicidad: Hispano o Latino _____ **Sexo:** Masculino _____
 Ni Hispano Ni Latino _____ Femenina _____

Raza: (Marque una o más) 1. Indio Americano/Nativo de Alaska _____ 2. Asiático _____ 3. Africano Americano _____
 4. Nativo Hawaiano e Otra Isla Pacifica _____ 5. Caucásico _____

