



**Tranquilo Casa Alojamiento Apartamentos**  
**1035 South Preston St.**  
**Louisville, KY 40203**  
**Solicitud Residencial**

**Terminado solicitud y secundario documentos debe ser enviado en persona a la  
Society of St. Vincent de Paul  
1015-C S. Preston Street, Louisville KY 40203**

---

Número de Seguro Social      Fecha de Nacimiento Edad      Teléfono

---

---

Dirección postal actual      Ciudad      Estado      Código Postal

---

Anterior (2) propietario o Ciudad Estado Código Postal  
direcciones:

---

Indique Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: ¿Hispano? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Lo Prefiero no Responder \_\_\_\_\_

## **Lista Todo Familiar Miembros**

Nombre	Número de Seguro Social	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación	Discapacidad

*Inquilinos son responsables para sus utilidades propias.*

## **Lista Todo Fuentes de Ingreso (Renta del Trabajo, SSI/SSDI, SNAP, etc)**

<b>Tipo/Fuente</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Recipiente</b>

## **Lista Todo Activos (Comprobación Cuenta, Ahorros Cuenta, IRA, Vida Seguro, etc.)**

Tipos	Valor	Ubicación	Propietario/Destinatario

### Describir Actual & Vivienda Anterior:

¿Vives Actualmente en Viviendas Protegidas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En Caso Afirmativo, Proporcione el Nombre del Complejo

### Propietario y la Dirección:

¿Has Vivido Alguna Vez en Viviendas Protegidas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En Caso Afirmativo, Proporcione el Nombre del Complejo o

### Propietario y la Dirección:

¿Cuál es Su Situación Actual de Vivienda? \_\_\_\_\_

¿Hay Alguien en el Hogar en el Registro de Delincuentes Sexuales? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Indique el Nombre: \_\_\_\_\_

¿Necesitas una unidad accesible? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si es Así, Por Favor Describir Tus Necesidades:

¿Cómo Hizo Tú Aprender Acerca de este Oportunidad de Vivienda?

**Información de Elegibilidad:**

Tranquilo Casa es a Sección 202D Alojamiento Programa Administrado Bajo Sección 8. A ser Elegible Bajo este Programa, los Inquilinos Deben Tener una Enfermedad Mental Crónica. Compruebe si esto se Aplica.

\_\_\_\_ I soy diagnosticado con a severo mental enfermedad y I poder proporcionar discapacidad verificación documentación por mi condición.

*Opcional:*

Nombre de la Agencia Donde Actualmente estoy Recibiendo Servicios de Salud Mental: \_\_\_\_\_

Nombre de mi Administrador de Casos Actual: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

*Autorizo a la Sociedad de San Vicente de Paúl a obtener información sobre mi diagnóstico y tratamiento de el arriba proveedor, semejante como: discapacidad verificación, tratamiento plan, fechas de asistencia, resumen de alta:*

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por la presente afirmo que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y precisas, y que no he ocultado a sabiendas ningún hecho o circunstancia que, de divulgarse, afectaría desfavorablemente esta solicitud. Por la presente afirmo que actualmente no debo ningún cargo a ninguna autoridad de vivienda pública ni a la Corporación de Vivienda de Kentucky por ningún alquiler no pagado o daños al inquilino en la dirección actual o anterior. Por la presente, autorizo a que se realicen consultas para verificar la información proporcionada en esta solicitud.**

---

**Firma del Solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

---

**Firma del Cosolicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

---

**Firma del Administrador de Vivienda** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*Por favor Adjuntar una copia de tus redes sociales tarjeta de seguridad y ID con esto solicitud.\*\*\*\*

*La Sociedad de San Vicente de Paúl realiza negocios de acuerdo con las leyes federales y locales. Nosotros hacer no discriminar contra cualquier persona basado en carrera, color, religión, nacional origen, discapacidad, edad, género, género identidad, familiar estado, o orientación sexual.*

