



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

Apellido	Nombre de Pila	Segundo Nombre
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad
		Teléfono

Dirección postal actual	Ciudad	Estado	Código Postal
-------------------------	--------	--------	---------------

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

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 responsable para sus utilidades propias.

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

Tipo/Fuente	Cantidad	Frecuencia	Recipiente

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

Tipo	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. alojamiento leyes Nosotros hacer no discriminar contra cualquier persona basado en carrera, color, religión, nacional origen, discapacidad, edad, género, género identidad, familiar estado, o orientación sexual.

