

## SILVERNAIL SENIOR APARTMENTS

## SECCIÓN 8 – DESARROLLO DE LOS ANCIANOS PROGRAMA DE PAGOS DE ASISTENCIA Solo para uso de la oficina:

FECHA DE RECIBO: \_\_\_\_\_ TIEMPO REGISTRADO: RECIBIDO POR:

	A	APLICACIÓN	PARA ADM	IISIÓN			
Nombre del s	solicitante (letra de imp	prenta)					
Dirección ac	tual			Número de a	apartame	ento	
Ciudad (*): I	Estado (*): Código pos	tal		-			
N.º de teléfono de casa			N.º de telé	efono celular			_
cómo comun	nombres, direcciones, icarse con usted:			· -			n
			Dirección				
Teléfono #			`eléfono#				
	IÓN Y CARACTERÍS		IOGAR				
	beza de familia y todo: elacion de cada person			virán en la unid	ad asistic	da.	
				Lugar de nacimiento	Años	Seguridad Social #	

Divulgación: Se requiere SSN para el solicitante y todos los miembros del hogar, excepto para aquellos que no disputan el estado migratorio elegible.

Cabeza

SILVERNAIL SENIOR APARTMENTS 2451 Silvernail Rd. Pewaukee, WI 53072 TELÉFONO: (262) 896-2100 FAX: (414) 896-8952

#1

#2

WIMMER BROS (Management Agent) 5300 S 108th St, Ste 1 Hales Corners, WI 53130

WisconsinServicios de retransmisión de telecomunicaciones: 1-800-947-3529

## INFORMACIÓN DE INGRESOS

Por favor conteste cada una de las siguientes preguntas. Para cada respuesta "Sí", proporcione los detalles en el cuadro a continuación.

	SÍ	NO
1. ¿Algún miembro de su hogar está empleado, a tiempo completo, a tiempo parcial o por temporada?		
2. ¿Algún miembro de su hogar espera trabajar durante algún período durante los próximos doce meses?		
3. ¿Algún miembro de su hogar trabaja para alguien que le paga en efectivo?		
4. ¿Algún miembro de su hogar está con permiso para ausentarse del trabajo debido a un despido, licencia médica, de maternidad o militar?		
5. ¿Algún miembro de su hogar recibe o espera recibir beneficios de desempleo?		
6. ¿Algún miembro de su familia ahora recibe o espera recibir manutención de niños?		
7. ¿Algún miembro de su hogar tiene derecho a la pensión alimenticia que está recibiendo actualmente?		
8. ¿Cómo tomó los pasos legales para obtener los pagos de manutención de niños apropiados?		
9. ¿Algún miembro de su hogar recibe o espera recibir pagos de pensión alimenticia?		
10. ¿Algún miembro de su hogar tiene derecho a pagos de pensión alimenticia que ahora no recibe?		
11. ¿Algún miembro de su hogar recibe o espera recibir asistencia social?		
12. ¿Algún miembro de su familia recibe o espera recibir beneficios del Seguro Social?		
13. ¿Algún miembro de su hogar recibe o espera recibir ingresos por concepto de pensión o renta vitalicia?		
14. ¿Algún miembro de su hogar recibe aportes regulares en efectivo de personas que no viven en la unidad o de agencias?		
15. ¿Recibe algún miembro de su hogar ingresos por activos, incluidos intereses y dividendos de certificados de depósito, acciones o bonos, o ingresos por el alquiler de propiedades?		
16. ¿Algún miembro de su hogar, mayor de 18 años, es estudiante a tiempo completo o parcial?		
ara cada tino de ingreso que recibe su hogar, indique la fuente del ingreso y la canti	dad del ino	rreso ane

Para cada tipo de ingreso que recibe su hogar, indique la fuente del ingreso y la cantidad del ingreso que se puede esperar de la fuente durante los próximos doce (12) meses.

Miembro de la familia #	Fuente de Ingreso/Tipo de Ingreso	Ingresos anuales	

HUD requiere que cualquier unid discapacitadas sea ocupada por un												
		_	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>								
Estatus de minusvalía/discap continuación)	acıdad (consulte la de	efinición a										
Discapacidad visual (legalmente ciego)  Discapacidad auditiva (50% de pérdida de audición o más)  Minusvalía de Movilidad (Uso deCaminante, bastón, silla de												
						ruedas) (Especificar)						
						Definición de discapacidad de HUD: "Cualquier persona que tiene un impe importantes de la vida; tiene un histor	dimento físico o mental rial de tal impedimento;	que limita sustancial	mente una o	más actividades		
ESTADO ACTUAL DE LA VIVI												
¿Cuántas personas viven en su cas												
¿Alguien vive con usted ahora que	no está en la lista ante	erior? Si		NO								
En caso afirmativo, explíq	uelo porfavor											
¿Planea tener a alguien viviendo co	on usted en el futuro q	ue no esté en la list	a anterior?	SÍ NO								
En caso afirmativo, explíq	uelo porfavor											
¿Desea mudarse? SÍ	NO ¿Si es a	sí por qué?										
¿Está siendo desalojado? SÍ	NO En caso	afirmativo, expliq	ue las circu	nstancias								
▶¿Cuál es su renta actual?												
Cuáles son sus costos mensuale		cios públicos (exce	nto teléfono	0)?								
►¿Vive ahora en una unidad subs	_		pro referenc	·)·								
(por ejemplo, Sección 236, o Secci			<del></del>	NO								
➤ Si tenía 62 años o más el 31 de e asistencia de la Sección 8 para vivi	enero de 2010 y no ter	nía un SSN en esa f	echa, ¿estab	oa recibiendo								
►¿Su residencia/inquilino o asiste cancelada alguna vez por fraude, farecertificación? SÍ NO												
▶¿Recibe asistencia de la Sección	8 donde vive ahora?	SÍ N	O									
Propietario actual		Número	de teléfono									
Dirección del arrendador												
Ciudad												
Propietario anterior		Número	de teléfono									
Dirección		Cádica	nostal									

Enumere todos los estados	donde el solicitante y cual	quier otro miembro del ho	gar han residido
¿Ha sido el solicitante alguindique la fecha y la descri	•	delito grave? SÍ NO	En caso afirmativo,
¿Algún miembro de este ho	ogar está sujeto a un regist	ro de delincuentes sexuale	s de por vida? SÍ NO
INFORMACIÓN DE ACT	TIVOS		
Enumere todas las cuentas depósito) de todos los mieraños.	•	•	•
Miembro de la familia	Nombre del banco	Número de cuenta	Saldo actual
u otros activos:  ¿Es dueño de una casa u ot ¿Ha vendido o regalado bio En caso afirmativo, ¿cuál e  GASTOS  ¿Paga por el cuidado de nic	enes inmuebles u otros acti es el valor de mercado actu	al del activo?	
escuela? SÍ NO Er cuidado infantil, el costo so	n caso afirmativo, proporci emanal y el nombre del mi	one el nombre y la direcci	ón del proveedor de
¿Tienes seguro médico?	SÍ NO		
En caso afirmativo, ¿cuál e			
¿Tiene algún otro tipo de s En caso afirmativo, propor		NO v el nombre del agente:	
¿Recibe asistencia médica	-	, –	NO
¿Tiene alguna factura méd	•	,	1.0
¿Espera tener algún gasto 1			SÍ NO
En caso afirmativo, import	e de los gastos medicos: _		

COMENTARIOS/INFORMACIÓN ADICIONAL	
CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE	
Certifico/certificamos que si soy seleccionado para muda mi/nuestra única residencia. Entiendo/entendemos que la mi/nuestra elegibilidad para recibir asistencia. Yo/nosotr toda la información provista en esta solicitud y a comuni otras fuentes para obtener información de crédito y verif federales, estatales o locales correspondientes. Certifico/solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y en declaraciones o información falsa son punibles bajo la le solicitud.	información anterior se recopila para determinar os autorizo/autorizamos al propietario a verificar carse con los propietarios anteriores o actuales u icación que se puede divulgar a las agencias certificamos que las declaraciones hechas en esta tender. Yo/nosotros entendemos que las
Firma del Jefe	Fecha
Firma del codirector	Fecha
Administración	Fecha