



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:

APLICACIÓN PARA ADMISIÓN

Nombre del solicitante (letra de imprenta)
Dirección actual
Número de apartamento
Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal
N.º de teléfono de casa
N.º de teléfono celular

Enumere los nombres, direcciones, números de teléfono de dos parientes/amigos que generalmente saben cómo comunicarse con usted:

Nombre
Dirección
Teléfono #

COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

Indique el cabeza de familia y todos los demás miembros que vivirán en la unidad asistida.
Describa la relacion de cada person con la cabeza de familia.

Table with 7 columns: Miembro #, Nombre completo del miembro, Relación, Fecha de nacimiento, Lugar de nacimiento, Años, Seguridad Social #. Rows for #1 (Cabeza) and #2.

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

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

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



HUD requiere que cualquier unidad que se modifique arquitectónicamente para personas discapacitadas sea ocupada por una familia que tenga un miembro que necesite tales modificaciones.

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Estatus de minusvalía/discapacidad (consulte la definición a continuación)	_____	_____
Discapacidad visual (legalmente ciego)	_____	_____
Discapacidad auditiva (50% de pérdida de audición o más)	_____	_____
Minusvalía de Movilidad (Uso de Caminante, bastón, silla de ruedas)	_____	_____
(Especificar)	_____	_____

*Definición de discapacidad de HUD: Las leyes federales definen a una persona con una discapacidad como "Cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida; tiene un historial de tal impedimento; o se considera que tiene tal impedimento".*

**ESTADO ACTUAL DE LA VIVIENDA**

¿Cuántas personas viven en su casa ahora? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos dormitorios tiene? \_\_\_\_\_

¿Alguien vive con usted ahora que no está en la lista anterior?      **SÍ**                      **NO**

En caso afirmativo, explíquelo por favor \_\_\_\_\_

¿Planea tener a alguien viviendo con usted en el futuro que no esté en la lista anterior?      **SÍ**      **NO**

En caso afirmativo, explíquelo por favor \_\_\_\_\_

¿Desea mudarse?      **SÍ**                      **NO**      ¿Si es así por qué? \_\_\_\_\_

¿Está siendo desalojado?      **SÍ**                      **NO**      En caso afirmativo, explique las circunstancias \_\_\_\_\_

▶ ¿Cuál es su renta actual? \_\_\_\_\_

▶ ¿Cuáles son sus costos mensuales para todos los servicios públicos (excepto teléfono)? \_\_\_\_\_

▶ ¿Vive ahora en una unidad subsidiada por el gobierno? \_\_\_\_\_

(por ejemplo, Sección 236, o Sección 221 (D)(3) Proyecto subsidiado)?      **SÍ**                      **NO**

▶ Si tenía 62 años o más el 31 de enero de 2010 y no tenía un SSN en esa fecha, ¿estaba recibiendo asistencia de la Sección 8 para vivienda en un lugar diferente?      **SI**      **NO**      **NO APLICA**

▶ ¿Su residencia/inquilino o asistencia gubernamental en un programa de vivienda subsidiada ha sido cancelada alguna vez por fraude, falta de pago del alquiler o incumplimiento de los procedimientos de recertificación?      **SÍ**      **NO**

▶ ¿Recibe asistencia de la Sección 8 donde vive ahora?      **SÍ**                      **NO**

Propietario actual \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del arrendador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Propietario anterior \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Enumere todos los estados donde el solicitante y cualquier otro miembro del hogar han residido \_\_\_\_\_

¿Ha sido el solicitante alguna vez condenado por un delito grave? SÍ NO En caso afirmativo, indique la fecha y la descripción del delito: \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de este hogar está sujeto a un registro de delincuentes sexuales de por vida? SÍ NO

### **INFORMACIÓN DE ACTIVOS**

Enumere todas las cuentas corrientes y de ahorros (incluyendo IRA, cuentas Keogh, certificados de depósito) de todos los miembros del hogar, incluidas las cantidades enajenadas durante los últimos dos años.

Miembro de la familia	Nombre del banco	Número de cuenta	Saldo actual

Enumere el valor de todas las acciones, bonos, fideicomisos, aportes de pensión, pólizas de seguro de vida u otros activos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es dueño de una casa u otros bienes inmuebles? SÍ NO

¿Ha vendido o regalado bienes inmuebles u otros activos en los últimos dos años? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuál es el valor de mercado actual del activo? \_\_\_\_\_

### **GASTOS**

¿Paga por el cuidado de niños que le permite a usted oa otro miembro de la familia trabajar o ir a la escuela? SÍ NO En caso afirmativo, proporcione el nombre y la dirección del proveedor de cuidado infantil, el costo semanal y el nombre del miembro de la familia habilitado para trabajar: \_\_\_\_\_

¿Tienes seguro médico? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuál es su prima de Medicare? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro tipo de seguro médico? SÍ NO

En caso afirmativo, proporcione el número de póliza y el nombre del agente: \_\_\_\_\_

¿Recibe asistencia médica a través del Departamento de Bienestar? SÍ NO

¿Tiene alguna factura médica pendiente que esté pagando? SÍ NO

¿Espera tener algún gasto médico pendiente durante los próximos doce meses? SÍ NO

En caso afirmativo, importe de los gastos medicos: \_\_\_\_\_

