



**Solicitud previa de lista de espera para los apartamentos de Evan Owen Memorial y  
 Cupón de elección del programa de vivienda (conocido como Sección 8)**

La lista de espera de la pre-solicitud reserva su lugar en la lista de espera y usted será notificado cuando su nombre sea sacado de la lista de espera. Por favor, note la lista de espera de la pre-solicitud **NO** es una aprobación para el programa.

Elija todas las aplicaciones opcionales.

Apartamentos Evan Owen Memorial (1 y 2 cuartos para gente de 62+ o gente con discapacidades).

Cupón de elección del programa de vivienda (conocido como Sección 8)

**Información del solicitante:**

|                      |                    |                |  |
|----------------------|--------------------|----------------|--|
| Nombre:              |                    | Sexo:          |  |
| Fecha de Nacimiento: | # de Seguro Social | # de teléfono: |  |
| Dirección:           |                    | Condado:       |  |

**Raza (marca todos los que apliquen)**

**Etnicidad: (marca una)**

Blanca

Hispano o Latino

Negra/ Africana Americana

No Hispano o Latino

Indio Americano

Asiático

Nativo hawaiano

**Información de hogar:**

| Nombre | Apellido | # de seguro social | Fecha de nacimiento | Relación con el solicitante | sexo |
|--------|----------|--------------------|---------------------|-----------------------------|------|
|        |          |                    |                     |                             |      |
|        |          |                    |                     |                             |      |
|        |          |                    |                     |                             |      |
|        |          |                    |                     |                             |      |

(use la parte de atrás para añadir información).

**Referencias: marque todas las que aplican.**

Ancianos/ discapacitados. Por favor, marque si el solicitante, esposa/o, u otro jefe del hogar califica.

Alguna persona que reside en casa, trabaja o ha aceptado trabajo en el condado de Columbia.

\_\_\_\_ Solicitante, esposa/o u otro jefe de la casa esta empleado por lo menos 20 horas por semana.

\_\_\_\_ Alguien en casa ha sido involuntariamente desplazado de su residencia previa como resultado de un incendio, desastre natural, o acción gubernamental. Por favor tome en cuenta que para calificar la acción **NO** debe ser el resultado de o la causa del hogar o los invitados inmediatos.

¿Su hogar requiere necesidades especiales de vivienda o acomodaciones razonables para cumplir con las necesidades de un familiar discapacitado?

\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI EXPLICA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**Certifico que la información anterior es exacta y completa.**

**Yo comprendo que la entrega de falsa información o la falsificación puede resultar in la perdida de elegibilidad de participar en el programa de vivienda (Housing Program). Yo comprendo que la falta de reporte de cambio de dirección o número de teléfono por escrito resultará en ser removido de la lista de espera.**

Firma \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Columbia County  
**HOUSING AUTHORITY**



700 Sawmill Rd Suite 101 • Bloomsburg, PA 17815

Phone: (570) 784-9373

Fax: (570) 387-8806

TDD: (570) 389-5745

[www.cchrpa.org](http://www.cchrpa.org)

Información de ingresos para los miembros del hogar.

**Ingresos:**

Enliste todas las fuentes de ingresos para TODOS los miembros del hogar/familia, incluyendo, entre otros, el número de seguro social, salarios de empleo, asistencia pública o donaciones recurrentes de ingresos:

| Nombre y Apellido | Tipo de ingresos | Ingresos mensuales |
|-------------------|------------------|--------------------|
|                   |                  |                    |
|                   |                  |                    |
|                   |                  |                    |
|                   |                  |                    |
|                   |                  |                    |
|                   |                  |                    |
|                   |                  |                    |
|                   |                  |                    |

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES EXACTA Y COMPLETA.

Yo comprendo que la entrega de falso información o falsificación puede resultar en la pérdida de elegibilidad para participar en el Programa de Vivienda (housing Program).

Firma \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_