

SUPPORTIVE HOUSING ASSISTANCE APPLICATION

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA VIVIENDA DE APOYO

Program Name / Nombre del Programa: _____

Case Manager / Administrador de Caso: _____

Date of Application / Fecha de Solicitud: ____ / ____ / ____

1. PARTICIPANT INFORMATION

1. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Full Legal Name / Nombre Completo Legal:

Preferred Name / Nombre Preferido:

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Phone Number / Número de Teléfono:

Email Address / Correo Electrónico:

Current Address / Dirección Actual:

Length of Time at Current Address / Tiempo en la Dirección Actual:

Emergency Contact Name / Contacto de Emergencia:

Relationship / Relación: _____

Phone Number / Número de Teléfono: _____

2. HOUSEHOLD INFORMATION

2. INFORMACIÓN DEL HOGAR

Number of People in Household (including applicant)

Número de Personas en el Hogar (incluyendo al solicitante): _____

List Household Members / Lista de Miembros del Hogar:

Name / Nombre	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Relationship / Relación	Monthly Income / Ingreso Mensual
--------------------------	--	------------------------------------	---

3. INCOME INFORMATION

3. INFORMACIÓN DE INGRESOS

Are you currently employed? / ¿Está empleado(a) actualmente?

Yes / Sí

No

Employer Name / Nombre del Empleador: _____

Monthly Gross Income / Ingreso Mensual Bruto: \$ _____

Other Income (check all that apply)

Otros Ingresos (marque todos los que correspondan):

- SSI
- SSDI
- TANF
- SNAP
- Unemployment / Desempleo
- Child Support / Manutención
- Pension / Pensión
- Other / Otro: _____

Total Monthly Household Income / Ingreso Total Mensual del Hogar:

\$ _____

4. TYPE OF ASSISTANCE REQUESTED

4. TIPO DE ASISTENCIA SOLICITADA

- Rental Assistance / Asistencia de Renta
- Utility Assistance / Asistencia de Servicios Públicos
- Security Deposit / Depósito de Seguridad
- Moving Costs / Costos de Mudanza
- Transportation Assistance / Transporte
- Food Assistance / Asistencia de Alimentos
- Clothing / Ropa
- Household Items / Artículos del Hogar
- Medical/Prescription Assistance / Asistencia Médica
- Other / Otro: _____

Amount Requested (if known)

Cantidad Solicitada (si se conoce): \$ _____

5. REASON FOR REQUEST

5. MOTIVO DE LA SOLICITUD

Please explain why you are requesting assistance.
Por favor explique por qué solicita asistencia.

6. REQUIRED DOCUMENTATION

6. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Lease Agreement / Contrato de Arrendamiento
- Eviction Notice / Aviso de Desalojo
- Utility Bill / Factura de Servicios
- Income Verification / Verificación de Ingresos
- Government ID / Identificación
- Other / Otro: _____

7. CERTIFICATION

7. CERTIFICACIÓN

I certify that the information provided is true and accurate to the best of my knowledge. I authorize the program to verify the information provided.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi conocimiento. Autorizo al programa a verificar la información proporcionada.

Applicant Signature / Firma del Solicitante:

Date / Fecha: ____ / ____ / ____

FOR OFFICE USE ONLY

SOLO PARA USO DE OFICINA

Application Received By / Recibido Por: _____

Eligibility Verified / Elegibilidad Verificada:

Yes / Sí

No

Approved / Aprobado:

Yes / Sí

No

Amount Approved / Cantidad Aprobada: \$ _____

Notes / Notas: