



295 Main St Suite 100
Salinas, Ca 93901

831-757-6254 TDD Linea 831-758-9481 Fax 831-757-8025

SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA

PARA USO DE LA OFICINA

Date _____

Time _____

Application # _____

Nota: Esta solicitud se vence en 1 año empezando con el día que la recibamos. Por favor de leer "Procedimiento de Aplicación" al final de esta solicitud.

PARTE I. INFORMACION PARA EL SOLICITANTE

DECLARACIÓN DE NO-DESCRIMINACION: CHISPA Housing Management Inc. No discrimina en base de desventaja/de inhabilidad en su programas y actividades. La gerencia de CHISPA HOUSING no discrimina en base de la raza, de la religión, del sexo, de la edad, del origen nacional o del estado de familia.

CHEQUO DEL CRÉDITO Y ANTECEDENTES: CHISPA Housing Management, Inc. obtendrá informes confidenciales sobre su historia de crédito y la historial de antecedentes criminales. Su solicitud se puede negar como resultado de estos informes.

Al Solicitante: Complete por favor esta forma totalmente. Todos los miembros adultos deben de firmar la solicitud. Ninguna solicitud incompleta será procesada. Esta es una solicitud preliminar y no da ningún derecho del arriendo o del alquiler. Si hay una unidad desocupada en este complejo de apartamentos para el cual usted sea elegible, le requerirán llenar una solicitud inicial y someter la información adicional necesaria para ser considerado para la unidad.

AVISO: Se requiere que notifique a CHISPA Housing (por escrito) de cualquier cambio de dirección. Si no nos podemos contactar con usted en la dirección mencionada, su nombre se quitara de la lista de espera.

Nombre de Apartamentos para los que está aplicando: _____

Marque por favor la caja del # de recamaras que quisiera ser considerado para: : 1 2 3 4

¿Esta usted relacionado con un empleado de CHISPA/CHMI? (Círculo uno) Sí No

¿Miembros de su casa tienen debilitación de la movilidad y quisieran ser considerados para una unidad diseñada para uso de una persona con la debilitación de la movilidad? Sí No

NOMBRE DE LA CABEZA DE FAMILIA: _____

Nombre Medio Nombre Apellido

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código : _____

Teléfono de la casa: _____ del trabajo: _____ de mensaje: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número: _____

PARTE II. COMPOSICIÓN DE CASA: Liste a todas las personas que estarán y estén viviendo actualmente en el hogar.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación a la cabeza de Familia	Estudiante de tiempo completo?
1		Cabeza de Familia	Si No
2			Si No
3			Si No
4			Si No
5			Si No
6			Si No
7			Si No
8			Si No
9			Si No



CUESTIONARIO VOLUNTARIO DE VIVIENDA JUSTA

La información siguiente ayudará a asegurar nuestra conformidad con regulaciones justas federales de vivienda; esta porción de la solicitud es opcional:

Categorías étnicas*	Seleccione uno
Hispano o Latino	
No-Hispano o Latino	
Categorías raciales	Seleccione todos que se apliquen
Indio o natural americano de Alaska	
Asiático	
Americano negro o africano	
Isleño hawaiano u otro pacífico nativo	
Blanco	
Otro	

Prefiero no declarar: _____

Todos los miembros adultos de la familia tienen que firmar esta solicitud preliminar.

Firma del residente adulto

Fecha

Firma del residente adulto

Fecha

Firma del residente adulto

Fecha

Firma del residente adulto

Fecha