

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA INTERINO PRE-SOLICITUD 2009-2010

Después de haber leído la Declaración de Pólizas, si usted cree que es elegible para este programa, favor de contestar las siguientes preguntas:

| | | |
|--|----|----|
| Nota: <u>Favor de contestar todas las preguntas.</u> Si está incompleta la pre-solicitud entonces sera determinada como inelegible. (Si usted necesita ayuda en completar esta solicitud, favor de pedirselo a la recepcionista.) | | |
| | SI | NO |
| 1. Está viviendo su familia dentro de los límites de la ciudad de Salem? <i>(Keizer, Four Corners, algunas áreas en Jan Ree y algunas áreas del NE Lancaster están fuera de los límites de la ciudad.)</i> | | |
| Domicillio: | | |
| 2. Si contestó no a la pregunta #1, por favor explique: | | |
| 3. Actualmente está alquilando de un dueño privado? | | |
| 4. Puede proporcionar una copia de su contrato de alquiler? | | |
| Si contestó sí a la pregunta #4, tiene una notificación de 72 horas de desalojo por no pagar la renta del mes presente? <i>(La notificación de desalojo tiene que ser del dueño actual. No puede ser de un familiar o amigo y debe ser remitada con una fecha de siete días despues del primero cuando la renta se debe.)</i> | | |
| 5. Si no está alquilando de un dueño privado, tiene una referencia de un albergue? | | |
| 6. Si contestó que sí, de cuál albergue? | | |
| 7. Si contestó que no, explique por favor. | | |
| 8. Puede usted verificar por fuentes de tercera persona que falta de ingresos o incapacidad en pagar la renta ocurrió en los reciente 60 días y estuvo fuera de su control? Favor de explicar: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 9. Usted o algún miembro de su familia ha recibido ayuda del Programa de Asistencia de Emergencia Interino en los últimos 12 meses? Si contestó que si, al nombre de quien y fecha: | | |
| | | |
| 10. Está actualmente recibiendo asistencia por medio de Salem Housing Authority? | | |
| 11. Si contestó que sí, se ha comunicado con Salem Housing Authority sobre su renta para una redeterminación? | | |

- *Firmando esta solicitud Yo/Nosotros certifico que la información está correcta a mi mejor conocimiento.*
- *Yo /Nosotros entiendo que la Autoridad de Viviendas exige verificar elegibilidad.*
- *Yo /Nostoros le autorizo a la Autoridad de Viviendas lo que sea necesario para verificar cualquiera infomación que determine mi elegibilidad para el programa de asistencia.*
- *Yo / nosotros entiendo que la decisión para la asistencia es únicamente a la discreción de la Autoridad de Viviendas.*

Después que firmar la pre-solicitud, favor de devolversela a la recepcionista para que sea revisada y determinar la elegibilidad inicial. Al revisar esta pre-solicitud se determina que usted podría ser elegible para el programa, se le entregara una solicitud formal para completar. **Sera contactado por teléfono para una cita dentro de 48 horas laborales basado en la fecha y hora de su solicitud.**

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre Escrito y Number de Telefono

OFFICIAL USE ONLY:

RECEIVED BY: _____ DATE: _____ SAVI (ADDRESS VERIFICATION) CHECKED

INELIGIBLE – APPLICANT NOTIFIED/DATE: _____

REASON FOR DENIAL: _____



**LA AUTORIDAD DE VIDIENDAS DE LA CUIDAD DE SALEM
PROMUEVE VIVIENDAS LIBRE DE DOGRAS.**

