



Programa de Movilidad de Vivienda  
Aplicación de admisión  
211 Wethersfield Ave., Hartford, CT 06106  
phone: 860-808-2041  
fax: 860-756-0195  
email: housingmobility@sistersplacect.org

---

### Información del jefe del hogar

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ i.: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social : \_\_\_\_\_ Cuentos en el hogar: \_\_\_\_\_  
¿Tiene un bono de opción de vivienda (Sección 8)? Sí No  
¿Tiene un Certificado del Programa de Asistencia de Alquiler (RAP)? Sí No  
¿Que agencia tiene tu certificado?

---

### Información del hogar

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

---

### Información sobre el empleo

Empleador: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Título del trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

### Información del propietario de vivienda

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente en un contrato de arrendamiento?    Sí    No

¿Cuándo finaliza el contrato de arrendamiento? \_\_\_\_\_

---

¿Tienes un auto?    Sí    No

¿Qué tamaño de unidad requiere?    Estudio    1 Dormitorio    2 Dormitorio    3 Dormitorio    4 Dormitorio

¿Tienes animal doméstico?    Sí    No    En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas hasta mi leal saber y entender.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_