



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: _____