

Fecha de la Orientación que atendió: _____
Fecha límite para entregar la aplicación: _____



**Solicitud de Hábitat para la Humanidad de Rockland para la
Reparación de Viviendas:**

Un Broche con Amabilidad

Parte 1

Estimado solicitante: Por favor llene esta aplicación lo mas completa posible.

Vamos a utilizar esta aplicación para determinar si usted califica para el Programa de Hábitat para la Humanidad para Reparaciones de Hogar.

Toda su información sera confidencial.

Algunavez ha aplicado para Hábitat para la Humanidad? _____

En caso afirmativo, cuándo? _____

Algunavez ha aplicado para FEMA? _____

En caso afirmativo, cuando? _____

1. Información del Apicante

Solicitante

Co- Solicitante (cónyuge o co-propietario)

Nombre: _____ Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono celular: _____ Telefono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

2. Información del Hogar

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Años en esta dirección: _____

Tiene usted animales? _____

En caso afirmativo, de qué tipo y cuántos? _____

Nombres, edades y relación de todas las personas que viven en el hogar con el propietario de la vivienda:

por favor incluya los ingresos mensuales de todas las personas que son mayor de 21 años

Nombre	Relación	Edad	Ingresos Mensuales

Total: \$ _____

3. Reparaciones Solicitadas

Describa brevemente todo el trabajo que le gustaría hacer en su hogar. Adjunte una hoja de papel si no hay suficiente espacio para enumerar todas las reparaciones.

Recuerde que los artículos en la lista serán considerados para la reparación, pero la decisión final sobre qué tipo de trabajo se hará en su hogar, será hecha por el equipo de RHHF.

Trabajo quedearía ver completado

área que necesita reparación

porHábitat

[illegible]

4. Declaración Personal

Por favor escriba una pequeña explicación de por qué usted debería ser seleccionado y cómo lo podrá ayudar en el futuro.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

5. Información de Gastos del Hogar

Usted todavía está pagando su casa? _____

En caso afirmativo, ¿cuál es su pago? \$ _____ mensual

¿Cuántos años usted planea vivir en la casa? _____

Gastomensuales –Aplicante

(Nota: Documentacióndeberáserproveída para los gastomensuales)

Préstamo de auto	\$	Electricidad	\$
Seguro de auto	\$	Gas	\$
Gasolina	\$	Agua	\$
Médico (co-pagos, medicina)	\$	Seguro de Vivienda	\$
Comida	\$	Taxes de Propiedad	\$
Manutención de Niños	\$	Otro	\$

Gastomensuales – Co-Solicitante

(Nota: Documentacióndeberáserproveída para los gastomensuales)

Préstamo de auto	\$	Electricidad	\$
Seguro de auto	\$	Gas	\$
Gasolina	\$	Agua	\$
Médico (co-pagos, medicina)	\$	Seguro de Vivienda	\$
Comida	\$	Taxes de Propiedad	\$
Manutención de Niños	\$	Otro	\$

Gastomensuales –Residente mayor de 21 años

(Nota: Documentacióndeberáserproveída para los gastomensuales)

Préstamo de auto	\$	Electricidad	\$
Seguro de auto	\$	Gas	\$
Gasolina	\$	Agua	\$
Médico (co-pagos, medicina)	\$	Seguro de Vivienda	\$
Comida	\$	Taxes de Propiedad	\$
Manutención de Niños	\$	Otro	\$

Gastomensuales –Residente mayor de 21 años

(Nota: Documentacióndeberáserproveída para los gastomensuales)

Préstamo de auto	\$	Electricidad	\$
Seguro de auto	\$	Gas	\$
Gasolina	\$	Agua	\$
Médico (co-pagos, medicina)	\$	Seguro de Vivienda	\$
Comida	\$	Taxes de Propiedad	\$
Manutención de Niños	\$	Otro	\$

Solicitud de Hábitat para la Humanidad de Rockland para la
Reparación de Viviendas:

Una Brocha con Amabilidad

Parte 2

6. Información sobre los ingresos de su hogar

Ingresos mensuales – Solicitante

Nota: Beneficios recibidos en nombre de un hijo menor de edad cuentan como ingreso del solicitante.

Empleo	\$	SSI	\$
Cupones de Alimentos	\$	Seguro Social	\$
SSDI	\$	Pensión/Retiro	\$
Manutención de de Niños	\$	Otro	\$

Ingresos Mensuales – Co-Solicitante

Nota: Beneficios recibidos en nombre de un hijo menor de edad cuentan como ingreso del solicitante.

Empleo	\$	SSI	\$
Cupones de Alimentos	\$	Seguro Social	\$
SSDI	\$	Pensión/Retiro	\$
Manutención de de Niños	\$	Otro	\$

Ingresos Mensuales – Residente mayor de 21 años

Nota: Beneficios recibidos en nombre de un hijo menor de edad cuentan como ingreso del solicitante.

Empleo	\$	SSI	\$
Cupones de Alimentos	\$	Seguro Social	\$
SSDI	\$	Pensión/Retiro	\$
Manutención de de Niños	\$	Otro	\$

Ingresos Mensuales – Residente mayor de 21 años

Nota: Beneficios recibidos en nombre de un hijo menor de edad cuentan como ingreso del solicitante.

Empleo	\$	SSI	\$
Cupones de Alimentos	\$	Seguro Social	\$
SSDI	\$	Pensión/Retiro	\$
Manutención de de Niños	\$	Otro	\$

7. Información de Empleo

Nombre: _____

Encierreuno: Solicitante Co-Solicitante Residente Mayor de 21 años

Nombre de la Compañía: _____

Fecha de Inicio: _____

Título del Trabajo: _____

Nombre del Supervisor: _____

Salario base: \$ _____

Encierreuno:

Por: Hora Semana Cada dos semanas Mensual

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Mensual

Trabaja el año entero? Sí No

En caso de que no, por favor explique: _____

Nombre: _____

Encierreuno: Solicitante Co-Solicitante Residente Mayor de 21 años

Nombre de la Compañía: _____

Fecha de Inicio: _____

Título del Trabajo: _____

Nombre del Supervisor: _____

Salario base: \$ _____

Encierreuno:

Por: Hora Semana Cada dos semanas Mensual

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Mensual

Trabaja el año entero? Sí No

En caso de que no, por favor explique: _____

Nombre: _____

Encierre uno: Solicitante Co-Solicitante Residente Mayor de 21 años

Nombre de la Compañía: _____

Fecha de Inicio: _____

Título del Trabajo: _____

Nombre del Supervisor: _____

Salario base: \$ _____

Encierre uno:

Por: Hora Semana Cada dos semanas Mensual

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Mensual

Trabaja el año entero? Sí No

En caso de que no, por favor explique: _____

Nombre: _____

Encierre uno: Solicitante Co-Solicitante Residente Mayor de 21 años

Nombre de la Compañía: _____

Fecha de Inicio: _____

Título del Trabajo: _____

Nombre del Supervisor: _____

Salario base: \$ _____

Encierre uno:

Por: Hora Semana Cada dos semanas Mensual

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Mensual

Trabaja el año entero? Sí No

En caso de que no, por favor explique: _____

8. Necesidades Especiales

Alguien en el hogar tiene necesidades especiales o limitaciones que le impidan hacer las reparaciones de la casa por su propia cuenta? _____

En caso afirmativo, por favor describa las necesidades en sus propias palabras:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Está en la quiebra? Sí (año) ____ No

Traducciónnecesaria?_____

En caso afirmativo, en cuál idioma? _____

9. Acuerdo Solicitante

Yo certifico que la información en esta solicitud es precisa; que soy propietario y resido en la propiedad en la dirección indicada en esta solicitud; y que no tengo ninguna intención de mudarme o ofrecer mi casa a la venta por lo menos en 5 años. Yo confirmo que cualquier persona que resida en el hogar y pueda ayudar físicamente lo hará en conjunto con los voluntarios de RHFH. Yo confirmo que a excepción de las condiciones anteriores, el exterior de mi casa es un lugar seguro para los voluntarios.

Yo entiendo que las personas que puedan trabajar en mi casa son voluntarios no remunerados; que pocos, si alguno de ellos, son entrenados en los oficios de la construcción; y que RHFH no ofrece ninguna garantía, expresa o implícita, con respecto a los materiales utilizados o el trabajo realizado por cualquier persona en mi casa. Yo libero a RHFH y todo asociado con ellos de cualquier y toda responsabilidad.

Nombre Impreso

Firma del Solicitante

Fecha

Número de Teléfono durante el Día: _____

Nombre Impreso

Firma del Co-Solicitante

Fecha

Número de Teléfono durante el Día: _____

Complete lo siguiente si usted no es el Solicitante pero lo está asistiendo en completar esta solicitud.

Nombre Impreso

Firma

Fecha

Número de Teléfono durante el Día: _____

Están los dueños de la casa conscientes de esta solicitud?

Sí No

10. Permiso para Referirse

Si sus necesidades se pueden satisfacer más adecuadamente por otro programa, podemos compartir esta solicitud con ellos?

Encierre uno:

Sí

No

A menos que tengamos su permiso explícito, su aplicación es un documento confidencial y será utilizada únicamente para evaluar la aceptabilidad de su hogar para reparaciones y reformas por Habitat para la Humanidad de Rockland.

Gracias por aplicar para Habitat para la Humanidad de Rockland para la Reparación de Viviendas:

Un Broche con Amabilidad

¡Nuestro equipo revisará su solicitud y en contacto con usted lo antes posible!



Por favor manda la aplicación a

P.O. Box 329

Spring Valley, New York 10977