



Casa Esperanza, Inc. & Affiliates  
 (Nueva Vida, Inc. & Nuestro Hogar, LLC)  
 302 Eustis Street Roxbury, MA 02119



APLICACIÓN DE VIVIENDA DE APOYO

Fecha de Aplicación Efectiva: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

1. Nombre del aplicante: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Correo del aplicante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número Privado: \_\_\_\_\_

Fecha prevista de mudanza: \_\_\_\_\_

**2. Solicitud de Ubicación:**

**Unidades individuales**

- Estudio: 302 Eustis Street (Nueva Esperanza)
- SRO: 290 Eustis Street & 290 ½ Eustis Street (Nueva Vida)

**Unidades Familiares**

- 2 Habitaciones
  - 8 Dunmore Street (Dunmore Place)
  - 300 Eustis Street (Nueva Vida)

- 3 Habitaciones
  - 8 Dunmore Street (Dunmore Place)
  - 300 Eustis Street (Nueva Vida)

FOR OFFICE USE ONLY	
Bedroom Size	Project Name
	Nueva Vida
	Nueva Esperanza

### 3. Composición de Hogar

Enumere TODAS las personas que vivirán en el apartamento

	Apellido	Primer Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	# Seguro Social	Estudiante S/N
1			<i>Cabeza de Hogar</i>			
2						
3						
4						
5						

¿Has cambiado el número de miembros del hogar en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿La cantidad de miembros del hogar cambiará en los próximos 12 meses?  Sí  No

¿Hay algún miembro de la vivienda actualmente ausente?  Sí  No

¿Cuándo se espera que regresen? \_\_\_\_\_

¿Todas las personas en el hogar serán o habrán sido estudiantes de tiempo completo durante cinco meses calendario de este año o planean estar en el próximo año calendario en una institución educativa (que no sea escuela de educación a distancia) con profesores y estudiantes regulares?  Sí  No

#### **INGRESOS** (*Ingresos Anuales*)

Enumere TODAS las fuentes de ingresos mensuales de cada miembro del hogar

Está usted o algún miembro del hogar recibiendo:					
Fuente de Ingreso	Cabeza de Hogar	Miembro de Familia	Miembro de Familia	Miembro de Familia	Miembro de Familia
Empleo					
Trabajo 1					
Trabajo 2					
Seguridad Social					
SSI					
Pensión/Anualidad					
Manutención de hijos					
Pensión alimenticia					
TANF					
Otro					
<b>TOTAL</b>					

**4. Describa su situación de vivienda actual:**

Programa de recuperación: \_\_\_\_\_

Refugio: \_\_\_\_\_

Transicional: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono actual # \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado viviendo en esta dirección? \_\_\_\_\_

**5. Empleo:**

¿Está usted empleado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si está empleado, nombre del empleador/compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono # (    ) \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

Tiempo de trabajo \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Pago semanal \_\_\_\_\_

**6. Persona a notificar en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono # (    ) \_\_\_\_\_

**Los aplicantes que cumplan con los siguientes criterios recibirán una preferencia para vivienda de apoyo. Toda la información será verificada.**

**7. Adaptaciones Especiales:**

¿Está discapacitado y necesita las características de una unidad accesible para sillas de ruedas? Sí\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**8.** ¿Está sin hogar o corre el riesgo de quedarse sin hogar? Sí\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias y ha completado un programa de tratamiento de rehabilitación con un mínimo de seis meses? Sí\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si seleccionó sí, indique el nombre del programa: \_\_\_\_\_

Puede beneficiarse de alguno de los siguientes servicios: Talleres de formación laboral; orientación profesional; grupos de apoyo de pares; gestión y apoyo de casos familiares; talleres de habilidades para padres; consejería individual y familiar; ¿Grupos de apoyo de NA?  
Yes\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para vivienda en Nueva Vida Inc., Nueva Esperanza y en el lugar de apoyo de Vivienda de Dunmore. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que la gerencia verifique la información en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del aplicante                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistador      Fecha