



SOLICITUD DE LA COOPERATIVA COLUMBUS UNITED
53 Columbus Ave, San Francisco

Envíe esta solicitud por correo electrónico a jdai@sfclt.org. Puede llamar al [415-368-2349](tel:415-368-2349) para pedir que le envíen la solicitud por correo debido a una discapacidad.

Las solicitudes se aceptan por orden de llegada.

Comuníquese con el SFCLT a través del [415-368-2349](tel:415-368-2349) o el teletipo (TTY) # [877-735-2929](tel:877-735-2929) para recibir ayuda al rellenar la solicitud o para pedir una adaptación razonable para una discapacidad.

PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

SOLICITANTE:

Primer nombre e inicial del segundo: _____ Apellido: _____ Edad: _____

Dirección actual: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono (otro): _____

Dirección de correo electrónico: _____

COSOLICITANTE:

Primer nombre e inicial del segundo: _____ Apellido: _____ Edad: _____

Dirección actual: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono (otro): _____

Dirección de correo electrónico: _____

PARTE II. MIEMBROS DEL HOGAR

MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR

Primer nombre e inicial del segundo: _____ Apellido: _____ Edad: _____

MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR

Primer nombre e inicial del segundo: _____ Apellido: _____ Edad: _____

MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR

Primer nombre e inicial del segundo: _____ Apellido: _____ Edad: _____





PARTE III. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS Y ACTIVOS

Total de miembros del hogar: _____ Total de ingresos brutos anuales: \$ _____

PARTE IV. NECESIDADES ESPECIALES

¿Tiene usted o alguno de los miembros de su hogar una discapacidad médicamente comprobada que le obligue a vivir en una unidad que sea accesible para cualquiera de los siguientes casos?

____ discapacidad de movilidad ____ discapacidad auditiva ____ discapacidad visual ____ silla de ruedas
____ otros: _____

PARTE V. DECLARACIÓN DE PREFERENCIA

1. ¿Ha sido propietario de una vivienda en los últimos 3 años? ____S ____N
2. ¿Son usted y todos los miembros del hogar que figuran en esta solicitud residentes actuales de 53 Columbus Avenue, San Francisco, California que viven en condiciones de hacinamiento? ____S ____N

N.º de dormitorios	Hacinamiento si hay más de
Uno	3
Dos	5
Tres	7
Cuatro	9

3. ¿Alguno o varios de los miembros del hogar viven en 53 Columbus Avenue? ____S ____N

PARTE VI. CERTIFICACIÓN

1. Yo/nosotros entiendo/entendemos que las declaraciones o información falsas me/nos hará(n) inelegible(s), o si se ha llevado a cabo la mudanza terminará el acuerdo de arrendamiento.
2. Entiendo/entendemos que si un solicitante presenta más de una solicitud o aparece en más de una de ellas, todas las solicitudes asociadas serán eliminadas del sorteo.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____
 Firma del cosolicitante: _____ Fecha: _____
 Otra firma del solicitante: _____ Fecha: _____
 Otra firma del solicitante: _____ Fecha: _____
 Otra firma del solicitante: _____ Fecha: _____

