



哥倫布團結大廈申請表

53 Columbus Ave, San Francisco

請填寫申請表發電子郵件到 jdai@sfclt.org 如果由於殘障原因,您可以致电 [415-368-2349](tel:415-368-2349) 请求邮寄申请表。
申请以先到先得的方式接受。

如需協助填寫申請表或要求合理方便傷殘情況措施, 請聯絡 SFCLT 電話 [415-368-2349](tel:415-368-2349) 或 TTY # [877-735-2929](tel:877-735-2929)。

第一部分：申請人資料

申請人：

名和中間名縮寫: _____ 姓氏: _____ 年齡: _____

目前地址: _____

城市/州/郵編: _____

郵寄地址 (如不同): _____

電話號碼: _____ 其它電話號碼: _____

電子郵件地址: _____

聯合申請人：

名和中間名縮寫: _____ 姓氏: _____ 年齡: _____

目前地址: _____

城市/州/郵編: _____

郵寄地址 (如不同): _____

電話號碼: _____ 其它電話號碼: _____

電子郵件地址: _____

第二部分：家庭成員

其他家庭成員

名和中間名縮寫: _____ 姓氏: _____ 年齡: _____

其他家庭成員

名和中間名縮寫: _____ 姓氏: _____ 年齡: _____

其他家庭成員

名和中間名縮寫: _____ 姓氏: _____ 年齡: _____

第三部分：收入資產信息

www.sfclt.org





家庭成員總人數: _____ 年毛收入總數: \$ _____

第四部分：特殊需要

你或你的家人是否有醫療可證明的傷殘情況，需要你住在一個方便以下情況的單位：

____ 行動不便 ____ 聽覺受損 ____ 視覺受損 ____ 使用輪椅 其他： _____

第五部分：選擇聲明

1. 你過去三年內是否擁有住宅物業？ ____是 ____否
2. 你和列在申請表的所有家人，是否目前是 53 Columbus Avenue 的住客，居住情況擠迫？ ____是 ____否

# 房間數目	如超過以下人數屬擠迫
一個	3
兩個	5
三個	7
四個	9

3. 目前是否有一個或者多個家庭成員居住在 53 Columbus Avenue? ____是 ____否

第六部分：檢定

1. 我/我們明白：如有虛報資料，可使我/我們不符合資格；或如已搬入，租約可予終止。
2. 我/我們明白：如果申請人提交了多個申請表或者出現在多個申請表中，則所有相關的申請表都將從抽籤中剔除。

申請人簽名: _____ 日期: _____
 聯合申請人簽名: _____ 日期: _____
 其他申請人簽名: _____ 日期: _____
 其他申請人簽名: _____ 日期: _____
 其他申請人簽名: _____ 日期: _____

