

Application for Rental Assistance

Any individual with a disability or other medical need who needs accommodation with respect to this application should inform the Department.

Last Name:

Please answer ALL questions. If the information does not apply, write "none". Print clearly.

1. List all members of your household that will be living with you (starting with yourself). Please complete all spaces for all household members. If any member of your household is pregnant, please list "EXPECTING" under "Name", and the due date under "Date of Birth".

Name <i>Last, First</i>	Relationship to Head of Household	Date of Birth	Gender	Race*	Ethnicity*	Disability? (Yes/No)	Social Security Number
	Head of the Household		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

**Providing this information is voluntary. It is used for statistical purposes only.*

Mailing Address: _____
(Street Address and Apartment, or PO Box)

_____ (City) _____ (State) _____ (Zip)

Telephone: _____ (If you have no phone number, please give number or nearest relative or friend)

Is any member of your household a **United States Military Veteran**? Yes No

2. **Do you need an interpreter?** Yes No
 If yes, what language? _____

3. **What is your current household income?** List total amount all family members receive each month and the source of the income (such as wages, Social Security, TANF, etc). If you have no income, please write "NONE".

Amount: \$ _____ Source of Income: _____
 Amount: \$ _____ Source of Income: _____
 Amount: \$ _____ Source of Income: _____

4. The following information is necessary to determine your preferences on the waiting list. Please answer each question.

Are you currently **homeless**? (Including residing in a shelter or transitional housing) _____ Yes No

Do you feel you are currently living in housing that is **substandard**? _____ Yes No

Is the cost of your **rent and utilities more than half** of your monthly gross income? _____ Yes No

Have you been **displaced** (put out) from your home for any of the following reasons:

- A **disaster** (such as fire or flood) A **Government Action** An **Owner Action** beyond tenant control (not including eviction for non-payment of rent). Because of **hate crimes or reprisals** against myself or a member of my household.

Are you a victim of **domestic violence**? _____ Yes No

Are you currently **sharing a residence with another family(ies)**? _____ Yes No

Do you have a **fixed income** that does not change significantly over time? _____ Yes No

5. Have you ever received rental assistance/subsidy from any HUD program in the past? Yes No
 If yes, with what Public Housing Agency? _____

First Name:

I hereby certify that all the information above is true and complete. I understand that by signing this document, I authorize the Washington County Department of Housing Services to examine my household's criminal background and verify all information reported. I understand that I must inform the Washington County Department of Housing Services immediately and in writing of any changes. I understand that if the Department of Housing Services does not have my current address, my application will be withdrawn.

Signature: _____ Date: _____

WARNING! Title 18, Section 1001 of the United States Code states that a person who knowingly and willingly makes false or fraudulent statements to any Department or Agency of the United States is guilty of a felony.

Middle Initial:



Aplicación Para Asistencia con la Renta

Cualquier individuo con una incapacidad quien necesita una acomodación con respecto a ésta aplicación debe informar al Departamento.

Apellido:

Favor de contestar todas las preguntas. Si la información no es aplicable, escribe "nada". Imprime claramente.

1. **Ponga la información para todas las personas que van a vivir con Ud. (empezando con Ud. mismo). Favor de llenar cada espacio para todos los miembros de la familia. Si cualquier miembro está embarazado, favor de poner "EMBEREZADA" bajo "Nombre", y la fecha que va a nacer el bebe bajo "Fecha de Nacimiento".**

Nombre <i>Apellido, Primero</i>	Relación al Encabezado de la Familia	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza*	Etnicidad*	Incapacidad? (Sí/No)	Numero de Seguro Social
	Encabezado de la Familia		<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

* Proveer esta información es voluntario. Esta usada para estadísticos solamente.

Dirección de

Correo: _____
(Dirección, Numero de Apartamento, o PO Box)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: _____ (Si no tiene, favor de dar el numero de un pariente o amigo)

¿Hay cualquier miembro de la familia quien es un Veterano de la **Militaría de los Estados Unidos**? Sí No

2. ¿Necesita Ud. un intérprete? Sí No
Si que sí, ¿cual lengua? _____

3. ¿Cuales son sus ingresos actuales? Lista todos las cantidades recibidos por todos miembros de la familia cada mes y los tipos de ingresos (ganancias, Seguridad Social, TANF, etc.). Si no tiene ingresos, favor de poner "NADA".

Cantidad: \$ _____ Tipo de Ingresos: _____

Cantidad: \$ _____ Tipo de Ingresos: _____

Cantidad: \$ _____ Tipo de Ingresos: _____

4. La información que sigue es necesaria para determinar sus preferencias en la lista de espera. Favor de contestar cada pregunta.

¿Está Ud. actualmente **sin hogar**? (Incluyendo si Ud. está viviendo en un refugio o vivienda transicional) Sí No

¿Siente Ud. que está viviendo en un hogar que es **inferior a lo normal**? Sí No

¿Es el costo de **su renta y utilidades mas que la mitad** de sus ingresos brutos por mes? Sí No

¿Había Ud. sido **desplazado** de su hogar para cualquiera de las razones siguientes?

- Un **desastre** (como enfuego o inundación) Una **Acción del Gobierno** Una **Acción del Dueño** afuera de su control (No incluyendo desahucio para no pagar renta) Debido **a crímenes del odio o represalias** contra me o un miembro de mi casa.

¿Es Ud. una víctima de **violencia domestica**? Sí No

¿Está Ud. **co-viviendo con otra(s) familia(s)**? Sí No

¿Tiene Ud. **ingresos fijos** que no cambian mucho? Sí No

5. ¿Había Ud. recibido asistencia o subsidio de cualquier programa por HUD en el pasado? Sí No
Si que sí, ¿con cual Agencia Publica de Viviendas? _____

Yo certifico que toda la información arriba es verdadera y completa. Yo entiendo por firmar este documento, yo autorizo al Departamento de Servicios en Vivienda del Condado de Washington a examinar los antecedentes criminales de los miembros de mi familia y verificar toda la información reportada. Yo entiendo que debo informarle al Departamento de Servicios en Vivienda inmediatamente, y por escrito, de cualesquieres cambios. Yo entiendo si el Departamento de Servicios en Vivienda no tiene mi dirección actual, mi aplicación estará quitada de la lista de espera.

Firma: _____ Fecha: _____

¡AVISO! El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos indica que una persona que, con conocimiento, hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos es culpable de un crimen.

Nombre Primero:

Inicial:

