

O.C.E.A.N., Inc.

APLICACIÓN PARA COMPLEJOS DE VIVIENDA EN VARIAS LOCALIDADES

Please indicate which type of housing you are applying for by circling the following:

Senior Citizen Homeless Disabled Veteran Impacted by Hurricane Sandy

A. IFORMACION GENERAL

Fecha de la Aplicación: _____
Nombre del Apicante: _____
Numero de Seguro Social: _____
Nombre del Co-Apicante: _____
Numero de Seguro Social: _____
Fecha: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
Telefónico de Casa: _____
Celular: _____

B. QUIENES COMPONEN EL HOGAR

*****POR FAVOR HAGA REFERENCIA A LA LISTA DE ABAJO*****

Escriba el nombre de todas las personas que viven en casa (incluyendo a los aplicantes y co-aplicantes)	Relación al cabeza de la familia	Ingreso Mensual actual en bruto	Fuente de Ingreso	Fecha de Nacimiento/ Edad	Raza/ Etnia	Genero
1	CABEZA					
2						
3						
4						
5						
6						

RAZA

Asiático
Indio Americano o Nativo de Alaska
Negro o Afro-Americano
Nativo de Hawai/Isleño del Pacifico
Blanco
Asiático y Blanco
Negro/Afro-Americano y Blanco
Negro/Afro-Americano e Indio Americano o Nativo de Alaska
Indio Americano/Nativo de Alaska/Blanco
Mult.-Racial (de varias Razas)

ETNIA

Hispano o Latino
No Hispano o Latino

RELACION AL CABEZA DE FAMILIA

1 = Cónyuge
2 = Hija/Hijo
3 = Hijastra/Hijastro
4 = Madre/Padre
5 = Tía/Tío
6 = Sin relación

CODIGO DE CABEZA DE FAMILIA

1 = Soltero/no anciano
2 = Anciano
3 = Relacionado/padre soltero
4 = Relacionado/ los dos padres
5 = otro

FUENTE DE INGRESO

Ingreso de Incapacidad de Seguro Social (SSDI)
Pago de Incapacidad al Veterano
Seguro Privado de Incapacidad
Compensación a los Trabajadores
Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF)
Asistencia en General (GA)
Ingreso de Retiro – Seguro Social
Pensión de Veteranos
Pensión de un trabajo antiguo
Manutención al Menor
Pensión de Alimentación u otros aportes del cónyuge
Cualquier otra fuente de ingresos

¿Anticipa alguna añadidura a su hogar en los próximos 12 meses? Si/No
Explique: _____

¿Alguno de los adultos, miembros de casa son estudiantes de tiempo completo? Si/No

¿Hasta que grado completo en la escuela? _____

¿Están todo los niños de edad escolar (5-17) asistiendo en este momento a la escuela pública/privada? Si/No

¿Tiene en este momento niños menores de cinco (5) años de edad que necesiten guardería/escuela pre-escolar?
Si/No

C. RECURSOS

Cuenta de Chiquera(s)	# _____	Balance _____
	# _____	Balance _____
Cuenta de Ahorro(s)	# _____	Balance _____
	# _____	Balance _____
Fondo de Inversión(s)	# _____	Balance _____
Certificado(s)	# _____	Balance _____
Cooperativos de Ahorro y crédito	# _____	Balance _____
Bono de Ahorro(s)	# _____	Balance _____

¿Es dueño de alguna propiedad? Si/No

Si tiene, ¿que tipo de propiedad es? _____

Valor del mercado tasado \$ _____

¿Hipoteca o prestamos pendientes de saldo? _____

¿Cantidad de la prima anual de seguro? _____

¿Cantidad de la cuenta de impuestos más reciente? _____

¿Ha vendido/se ha despojado de cualquier propiedad en los últimos dos años? Si/No

¿Si fue así, que clase de propiedad fue? _____

¿Cantidad por la que se vendió/por lo que se despojo? _____

¿Fecha de la transacción? _____

¿Se ha despojado de algún otro recurso en los últimos dos años? Si/No

Si fue así, describa que fue. _____

D. BENEFICIOS QUE NO SON EN EFECTIVO

¿Recibe ayuda con su renta como la Sección 8, SRAP, vivienda pública, ayuda con la renta o cupón de vivienda?
Si/No

¿Está recibiendo los beneficios del programa TANF? Si/No

¿Utiliza el servicio de fondos de transportación del programa TANF, como Ocean Ride? Si/No

¿Utiliza el CHS Servicio de Cuidado del Niño? Si/No

¿Recibe usted y/o otro miembro de su hogar los cupones de alimentación? Si/No

¿Participa en le programa de seguro de salud del MEDICAID? Si/No

¿Participa en el programa de seguro de salud del MEDICARE? Si/No

¿Participa en el programa de seguro de salud del NJ FAMILY CARE? Si/No

¿Participa en el programa del WIC? Si/No

¿Recibe servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)? Si/No

E. INFORMACION ADICIONAL

¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Si/No

¿Se considera usted que tiene una incapacidad física? Si/No

¿Ha experimentado violencia domestica o intima de pareja? Si/No

¿Esta usted o alguien en su hogar utilizando algunas sustancias ilegales? Si /No

¿Han estado usted o algún miembro de su hogar declarado culpable de una ofensa o delito? Si/No

 ¿Relacionado con Droga? Si/No

 ¿Crimen Sexual? Si/No

 ¿Robo/Hurto? Si/No

Si así fue, por favor explique: _____

¿Los han despojado a usted o algún miembro de su hogar de la vivienda? Si/No

¿Alguna vez ha aplicado por banca rota? Si/No

F. RESIDENCIA PERMANENTE

¿Cual es la dirección de su última residencia permanente? _____

¿Cuándo se fue de esta residencia? (mes/año) _____

G. INFORMACION DE REFERENCIA

Actual Dueño de Casa: Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfonos de Casa/Trabajo: _____

Previo Dueño de Casa: Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfonos de Casa/Trabajo: _____

Yo/Nosotros certificamos que toda la información en esta aplicación es verdadera al mayor de nuestro conocimiento y Yo/Nosotros entendemos que cualquier información o declaración falsa son castigadas por la ley y dará lugar a la cancelación de esta aplicación o a terminar el contrato de renta después de haber ocupado la localidad.

FIRMAS:

APLICANTE: _____

CO-APLICANTE: _____

FAVOR DE REGRESAR LA APLICACIÓN COMPLETA A:

O.C.E.A.N., Inc.
 40 Washington Street
 PO Box 328
 Toms River, NJ 08754

Solo para uso oficial:
 Fecha de entrada del alquiler: _____ Fecha de salida del alquiler: _____