

Beacon Hill Housing/ Habitação Beacon Hill

Pre-Application/ Pré-aplicação

Para ser considerado residente do Sea Mar Beacon Hill Housing, as aplicações devem ser apresentadas em pessoal na recepção do SeaMar Community Health Center, por fax ou e-mail.

Entrega presencial em:

2537 15th Ave South Seattle, WA 98144

Aplicações de e-mail:

DanielMaxfield@seamarchc.org

Aplicações de fax:

253.921.2823

AS APLICAÇÕES SERÃO PROCESSADAS NO ORDEM EM QUE ELAS SÃO RECEBIDAS.

Para qualquer questão relacionada com a lista de espera ou quaisquer alterações de sua informação de contacto, usar o seguinte e-mail:

DanielMaxfield@seamarchc.org



Beacon Hill Housing oferece:

- 39 apartamentos estúdio
- Quatro unidades para pessoas com incapacidades
- Todas as unidades têm cozinha e banheiro propio
- Localização urbana familiar
- Ótimo acesso às comodidades locais

Gráfico da Renda Mediana Bruta Anual

Todas as famílias e individuos devem cumprir os requisitos de limite da renda com base do tamanho da familia e a renda . Todas as unidades requerem familias com níveis de renda **INFERIORES** a o 50% do rendimento mediano bruto da área.

Os Centros de Saúde Comunitários Sea Mar acolhem inquilinos qualificados independentemente da raça, cor, religião, credo, ascendência, ideologia política, sexo, estado civil, idade, estado parental, origem nacional, orientação sexual, identidade de género, deficiência, subsídio de habitação da Secção 8 ou uso de um animal de serviço. O Sea Mar oferece adaptações razoáveis para pessoas com deficiência. Se precisar deste documento num formato alternativo, fale com o pessoal.

Dimensão da família	1 Pessoa	2 Pessoa	3 Pessoa
50% AMI	\$52,700	\$60,250	\$67,800
30% AMI	\$31,620	\$36,150	\$40,680

Sea Mar Community Health Centers
Habitação Beacon Hill
Pré-aplicação

Apelido	Nome	Segundo Nome	
Endereço para correspondência	Cidade	Estado	Código Postal
Telefone	E-mail:		
Numero de Segurança Social:	Data de nascimento:	Lingua primária:	

Liberação de informações: Se você quiser que o equipe de alojamento da Sea Mar fale com seu gerente de caso, amigo ou parente sobre seu status de moradia, você deve primeiro preencher e assinar o seguinte comunicado. Por favor, lembre-se de escrever no nome de todas as pessoas com quem você está nos permitindo falar e assinar a parte inferior do comunicado.

Eu, (Nome do Requerente) _____ dou permissão aos Centros de Saúde Comunitários Sea Mar, Beacon Hill Housing, para falar com a seguinte lista de pessoas sobre as informações sobre o meu pedido de habitação. Eu entendo que essas informações não serão encaminhadas para ninguém além das partes listadas abaixo, sem a minha permissão por escrito. Eu entendo que posso revogar esta liberação a qualquer momento, mas a revogação não será retroativa. Este formulário de consentimento expira 24 meses após a assinatura.

Gestor de caso (se for caso disso):	Telefone:
Outros Contactos:	Telefone:
Outros Contactos:	Telefone:

Os Centros de Saúde Comunitários Sea Mar acolhem inquilinos qualificados independentemente da raça, cor, religião, credo, ascendência, ideologia política, sexo, estado civil, idade, estado parental, origem nacional, orientação sexual, identidade de género, deficiência, subsídio de habitação da Secção 8 ou uso de um animal de serviço. O Sea Mar oferece adaptações razoáveis para pessoas com deficiência. Se precisar deste documento num formato alternativo, fale com o pessoal.

Assinatura do Requerente _____ Data _____

Informação Familiar

Por favor, indique os nomes e a data de nascimento de todos os membros adicionais do grupo familiar.	
1. Nome: _____	Data de nascimento: _____
2. Nome: _____	Data de nascimento: _____
3. Nome: _____	Data de nascimento: _____
4. Nome: _____	Data de nascimento: _____
5. Nome: _____	Data de nascimento: _____
6. Nome: _____	Data de nascimento: _____
1. Espera que o seu grupo familiar se mude nos próximos seis (6) meses? Em caso afirmativo, queira descrever: _____	Sim Não
2. A que unidade de tamanho se candidata? (círculo tudo o que se aplica)	So Estúdio
3. Você ou algum membro da sua família tem alguma deficiência? Necessita de alguma das seguintes acomodações/modificações de unidade? (verifique todas as que se aplicam)	Sim Não
<input type="checkbox"/> Unidade acessível para cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Deficientes sensoriais <input type="checkbox"/> Ajudante/cuidador residente <input type="checkbox"/> Serviço ou Animal de Companhia <input type="checkbox"/> Outras adaptações físicas (barras de apoio, etc.)	<input type="checkbox"/> Unidade no primeiro andar (sem escadas) <input type="checkbox"/> Documentos de tipo grande <input type="checkbox"/> Outros
4. Você ou alguém em sua casa é um estudante em tempo integral? Em caso afirmativo, queira descrever: _____	Sim Não
5. Estado de alojamento atual: <input type="checkbox"/> Habitação estável <input type="checkbox"/> Sem-abrigo Explicação adicional (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Em risco de perder habitação

Informação de Rendimentos

Por favor, liste a fonte e o valor de todos os rendimentos atuais recebidos por si e por todos os membros do agregado familiar, incluindo qualquer tipo de trabalho diário, trabalho independente ou apoio de terceiros. Dê a sua melhor estimativa se não tiver a quantidade exata.			
Fonte de renda	Pagamento Mensal	Fonte de renda	Pagamento Mensal
<input type="checkbox"/> SSI/SSA	\$ _____ / mês	<input type="checkbox"/> Emprego	\$ _____ / mês

Os Centros de Saúde Comunitários Sea Mar acolhem inquilinos qualificados independentemente da raça, cor, religião, credo, ascendência, ideologia política, sexo, estado civil, idade, estado parental, origem nacional, orientação sexual, identidade de género, deficiência, subsídio de habitação da Secção 8 ou uso de um animal de serviço. O Sea Mar oferece adaptações razoáveis para pessoas com deficiência. Se precisar deste documento num formato alternativo, fale com o pessoal.

<input type="checkbox"/> VA Benefícios \$ _____ / mês	<input type="checkbox"/> Trabalho diurno \$ _____ / mês
<input type="checkbox"/> GAU/GAX \$ _____ / mês	<input type="checkbox"/> Outros \$ _____ / mês
<input type="checkbox"/> Secção 8 Voucher \$ _____ / mês	Por favor, descreva _____

Informação Opcional - Por favor, circule tudo o que se aplica ao Chefe de Família. Apenas para fins estatísticos; Esta informação não será divulgada.			
Género	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino/Feninina	<input type="checkbox"/> Transgénero
Etnicidad e:	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Não-hispânicos/não-latinos	
Raça:	<input type="checkbox"/> Branco/Caucasiano/Europeu-Americano	<input type="checkbox"/> Africana/Africano	
	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Nativo do Alasca	
	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano & Branco	<input type="checkbox"/> Havaiano nativo ou ilhéu do Pacífico	
	<input type="checkbox"/> Índio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	
	<input type="checkbox"/> Índio Americano/Nativo do Alasca & Branco	<input type="checkbox"/> Asiático-Americana/Americano	
	<input type="checkbox"/> Índio Americano/Nativo do Alasca & Negro/Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Asiático & Branco	
	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros Multirraciais	

ATENÇÃO DO REQUERENTE:

Você é responsável por manter as informações atuais e precisas do aplicativo. É da sua responsabilidade informar o pessoal de alojamento da Sea Mar de quaisquer alterações nas suas informações de contacto, rendimentos ou condições do grupo familiar. Você é obrigado a fazer check-in com a equipe de alojamento do Mar mensalmente por telefone ou pessoalmente para permanecer "ativo" na lista de espera. **Atualizamos as nossas listas de espera a cada 6 (seis) meses e, se não tivermos notícias suas durante seis meses, o seu nome será retirado da lista de espera.**

Exigimos cópias de documento de identificação com foto (adultos) ou certidões de nascimento (menores) e cartão da Segurança Social. Se você ou qualquer um dos membros do seu agregado familiar não os tiver, por favor trabalhe na obtenção destes documentos enquanto estiver na lista de espera.

Eu entendo a política de check-in para Sea Mar Beacon Hill Housing.

(Por favor, coloque as suas iniciais): _____ Data: _____

Certifico que todas as informações que forneci são completas e precisas. Entendo que não se trata de um contrato e não vincula nenhuma das partes.

As informações contidas nesta aplicação são verdadeiras e completadas até onde sei. Entendo que não ser verdadeiro no processo de candidatura pode reduzir as minhas hipóteses de ser alojado. **Não tenho qualquer objeção a que sejam feitas averiguações com o objetivo de verificar as declarações aqui feitas e, portanto, que este pedido seja sujeito a um processo de triagem de inquilinos.**

Assinatura do Requerente _____ **Data** _____

Os Centros de Saúde Comunitários Sea Mar acolhem inquilinos qualificados independentemente da raça, cor, religião, credo, ascendência, ideologia política, sexo, estado civil, idade, estado parental, origem nacional, orientação sexual, identidade de género, deficiência, subsídio de habitação da Secção 8 ou uso de um animal de serviço. O Sea Mar oferece adaptações razoáveis para pessoas com deficiência. Se precisar deste documento num formato alternativo, fale com o pessoal.

Os Centros de Saúde Comunitários Sea Mar acolhem inquilinos qualificados independentemente da raça, cor, religião, credo, ascendência, ideologia política, sexo, estado civil, idade, estado parental, origem nacional, orientação sexual, identidade de género, deficiência, subsídio de habitação da Secção 8 ou uso de um animal de serviço. O Sea Mar oferece adaptações razoáveis para pessoas com deficiência. Se precisar deste documento num formato alternativo, fale com o pessoal.