

Vivienda de Beacon Hill/Beacon Hill Housing

Pre-Solicitud

Para ser considerado como residente de Sea Mar Beacon Hill Housing, las solicitudes deben enviarse a la oficina de vivienda en persona, por fax o correo electrónico.

Entregue en persona en:

1040 So. Henderson St. Seattle, WA 98108

Aplicaciones de correo electrónico:

JohnClerkin@seamarchc.org

Aplicaciones de fax:

253-921-2823

LAS SOLICITUDES SE PROCESARÁN EN EL ORDEN EN QUE SE HAN RECIBIDO.

Si tiene alguna pregunta sobre la lista de espera o cualquier cambio en su información de contacto, comuníquese con JohnClerkin@seamarchc.org



- Cuatro unidades accesibles según la ADA
- Todas las unidades tienen su propio baño y cocina
- Ubicación urbana familiar
- Excelente acceso a servicios locales
- Se acepta vales de Sección 8 Vales y otras ayudas públicas.

Tabla de Ingresos Medios Brutos Anuales

Todas las familias e individuos deben cumplir con los requisitos de límite de ingresos según el tamaño y los ingresos de su hogar. Todas las unidades requieren hogares con niveles de ingresos INFERIORES al 50% del ingreso medio bruto del área.

Tamaño del hogar	1 Persona	2 Personas	3 Personas
50% AMI	\$52,700	\$60,250	\$67,800
30% AMI	\$31,620	\$36,150	\$40,680

Sea Mar Community Health Centers
Vivienda de Beacon Hill
Pre-Solicitud

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ()		Dirección de correo electrónico:	
Número de Seguro Social: - -	Fecha de nacimiento:	Lengua Materna:	

Divulgación de información: Si desea que el personal de vivienda de Sea Mar hable con su administrador de casos, amigo o familiar sobre el estado de su vivienda, primero debe completar y firmar la siguiente autorización. Recuerde escribir el nombre de todas las personas con las que nos permite hablar y firmar la parte inferior de la autorización.

Yo, (Nombre del solicitante) _____ doy permiso a Sea Mar Community Health Centers, de Beacon Hill Housing, para hablar con la siguiente lista de personas con respecto a la información en mi solicitud de vivienda. Entiendo que esta información no se enviará a nadie más que a las partes que se enumeran a continuación, sin mi permiso por escrito. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero la revocación no será retroactiva. Este formulario de consentimiento termina 24 meses después de la firma.

Administradora de casos (si corresponde):	Teléfono:
Otro contacto:	Teléfono:
Otro contacto:	Teléfono:

Firma del Solicitante _____ **Fecha:** _____

Los Centros de Salud Comunitarios Sea Mar dan la bienvenida a inquilinos calificados sin distinción de raza, color, religión, credo, ascendencia, ideología política, sexo, estado civil, edad, estado parental, origen nacional, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, subsidio de vivienda de la Sección 8 o uso de un animal de servicio. Sea Mar proporciona adaptaciones razonables a las personas con discapacidades. Si necesita este documento en un formato alternativo, hable con el personal.

Información de la familia

Indique los nombres y la fecha de nacimiento de todos los miembros adicionales del hogar:	
1. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
2. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
3. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
4. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
5. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
6. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
1. ¿Espera que su hogar cambie en los próximos seis (6) meses? If yes, please describe:	
Sí	No
2. ¿Qué tamaño de unidad está solicitando? (Marque con un círculo todo lo que corresponda)	
Solo Estudio	
2. ¿Usted o algún miembro del hogar está discapacitado? ¿Necesita alguna de las siguientes adaptaciones / modificaciones de la unidad? (marque todo lo que corresponda)	
Sí	No
<input type="checkbox"/> Accesible para personas con discapacidad sensorial <input type="checkbox"/> Unidad accesible para sillas de ruedas <input type="checkbox"/> Asistente/cuidador interno <input type="checkbox"/> Animal de servicio o de compañía <input type="checkbox"/> Otras adaptaciones físicas (barras de apoyo, etc.) _____ <input type="checkbox"/> Unidad de planta baja (sin escaleras) <input type="checkbox"/> Documentos de letra grande <input type="checkbox"/> Otro tipo de asistencia?	
4. ¿Usted o alguien en su hogar es un estudiante de tiempo completo? En caso afirmativo, sírvase describir en detalle: _____	
Sí	No
5. Indique con un círculo el estado actual de su vivienda: Vivienda estable, Sin hogar, En peligro de perder su Vivienda? Explicación adicional (opcional): _____	

Información de Ingresos

Enumere la fuente y el monto de todos los ingresos actuales recibidos por usted y todos los miembros del hogar, incluido cualquier tipo de jornalero, trabajo por cuenta propia o apoyo de otros. Dé su mejor estimación si no tiene la cantidad exacta.			
Tipo de Ingresos o Fuente	Monto Mensual	Renta Fuente	Monto Mensual
<input type="checkbox"/> SSI/SSA	\$ _____ / mes	<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____ / month
<input type="checkbox"/> Beneficios de VA	\$ _____ / mes	<input type="checkbox"/> Day Labor	\$ _____ / month
<input type="checkbox"/> GAU/GAX	\$ _____ / mes	<input type="checkbox"/> Otro Por favor Describa	\$ _____ / month
<input type="checkbox"/> Sección 8 Vale	\$ _____ / mes		

Los Centros de Salud Comunitarios Sea Mar dan la bienvenida a inquilinos calificados sin distinción de raza, color, religión, credo, ascendencia, ideología política, sexo, estado civil, edad, estado parental, origen nacional, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, subsidio de vivienda de la Sección 8 o uso de un animal de servicio. Sea Mar proporciona adaptaciones razonables a las personas con discapacidades. Si necesita este documento en un formato alternativo, hable con el personal.

Información opcional - Por favor, marque con un círculo todo lo que corresponda al Jefe de Familia. Solo con fines estadísticos; Esta información no será difundida.			
Género:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Transgénera/Transgénero
Origen étnico:	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano/no Latino	
Raza:	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico/Europeo-Americano	<input type="checkbox"/> Africano	
	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	
	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano y Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	
	<input type="checkbox"/> Amerindio/Indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático Asian	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático-Americano	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiática y blanca/ Asiático y blanco	
	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otros Multirraciales	

ATENCIÓN SOLICITANTE:

Usted es responsable de mantener la información actualizada y precisa de la solicitud. Es su responsabilidad informar al personal de alojamiento de Sea Mar de cualquier cambio en su información de contacto, ingresos o condiciones del hogar. Es necesario que se registre con el personal de Sea Mar Housing mensualmente por teléfono o en persona para permanecer "activo" en la lista de espera. Actualizamos nuestras listas de espera cada seis (6) meses y si no hemos tenido noticias suyas durante seis meses, su nombre será eliminado de la lista de espera.

Requerimos copias de identificación con foto (adultos) o certificados de nacimiento (menores) y tarjeta de Seguro Social. Si usted o alguno de los miembros de su hogar no los tiene, trabaje para obtener estos documentos mientras esté en la lista de espera.

Entiendo la política de check-in de Sea Mar Beacon Hill Housing.

(Por favor ponga sus iniciales): _____ Fecha: _____

Certifico que toda la información que he proporcionado es completa y precisa. Entiendo que esto no es un contrato y no obliga a ninguna de las partes.

La información contenida en esta solicitud es verdadera y está completada a mi leal saber y entender. Entiendo que no ser sincero en el proceso de solicitud puede reducir mis posibilidades de ser alojado. No tengo ninguna objeción a que se realicen investigaciones con el fin de verificar las declaraciones hechas en este documento y, por lo tanto, que esta solicitud esté sujeta a un proceso de selección de inquilinos.

Firma del Solicitante _____ **Fecha** _____

Los Centros de Salud Comunitarios Sea Mar dan la bienvenida a inquilinos calificados sin distinción de raza, color, religión, credo, ascendencia, ideología política, sexo, estado civil, edad, estado parental, origen nacional, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, subsidio de vivienda de la Sección 8 o uso de un animal de servicio. Sea Mar proporciona adaptaciones razonables a las personas con discapacidades. Si necesita este documento en un formato alternativo, hable con el personal.