

For Office Use Only:		
DATE:	TIME:	RECEIVED BY

**PRE-RENTAL APPLICATION
HOUSING PROGRAM**

*(Below: Please check the property and the number of bedroom(s) you are interested in applying for.)
(Abajo: Por favor, marque la propiedad y el número de dormitorio(s) que le interesa solicitar.)*

PAWTUCKET (P) & CENTRAL FALLS (CF) PROPERTIES			
<input type="checkbox"/>	Barton Street Neighborhood (P)	<input type="checkbox"/>	Central Development (P & CF)
<input type="checkbox"/>	Blackstone Valley Gateways (P)	<input type="checkbox"/>	Pawtucket Central Falls Development (P)
<input type="checkbox"/>	Blackstone Valley Gateways II (P & CF)	<input type="checkbox"/>	PCDC HOMES (P & CF)
<input type="checkbox"/>	Branch Blackstone (P & CF)	<input type="checkbox"/>	RRIC (CF)
<input type="checkbox"/>	The Residences at Garden Street (P)	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	1 BR	<input type="checkbox"/>	2 BR	<input type="checkbox"/>	3 BR	<input type="checkbox"/>	4 BR	<input type="checkbox"/>	5 BR
--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	------

Complete all sections of this application. / Please make sure to read all instructions throughout this application.

Complete todas las secciones de esta solicitud. / Asegúrese de leer todas las instrucciones a lo largo de esta solicitud.

Signatures required by ALL household members who are 18 years or older.
Se requieren las firmas de TODOS los miembros del hogar que tengan 18 años o más.

*Applications are available from drop boxes at these locations.
*Las solicitudes están disponibles en los buzones de estas ubicaciones.

Submit completed applications to: / Entregue las solicitudes completas a:

185 Dexter Street
Suite 1, Mailbox 14
Pawtucket, RI 02860
Phone: (401) 941-2900
Email: info@wdchoc.org



Applicant Name(s) / Nombre(s) del solicitante:					
Mailing Address / Dirección postal:					
Email Address / Dirección de correo electrónico:					
Phone # / Teléfono:					
Marital Status:	Unmarried (Single, Widowed, Divorced)		Married		
Estado civil:	Soltero (soltero, viudo, divorciado)		Casado		
Do you need an apartment that is modified to accommodate physical disabilities?					
¿Necesita un apartamento modificado para adaptarse a discapacidades físicas?					
		YES / SÍ		NO	
Veteran Status / Estado de Veterano:			YES / SÍ		NO
Are you receiving Veteran benefits as the family of a servicemember? Está recibiendo beneficios de Veterano como familia de un miembro del servicio?					
		YES / SÍ		NO	
Are you a disabled Veteran? / ¿Es usted un veterano discapacitado?					
		YES / SÍ		NO	

Have you ever been convicted of a felony? / ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave?

		YES / SÍ		NO	
--	--	-----------------	--	-----------	--

If yes, please describe (what, where, when): / En caso afirmativo, describa (qué, dónde, cuándo):

Is the applicant, or any member of the applicant's household, subject to a lifetime sex offender registration requirement in any state?

¿El solicitante, o algún miembro de su familia, está sujeto a un requisito de registro de delincuentes sexuales de por vida en algún estado?

		YES / SÍ		NO	
--	--	-----------------	--	-----------	--

If you answered YES, provide details below:

Si respondió SÍ, proporcione detalles a continuación:

NAME / NOMBRE	ADDRESS / DIRECCIÓN	DATES OF RESIDENCY / FECHAS DE RESIDENCIA

List all persons, including yourself, who will live in this rental unit. (List ALL persons, Head of Household FIRST)

Liste todas las personas, incluyéndolo a usted, que vivirán en esta unidad de alquiler. (Enumere TODAS las personas, Cabeza de familia PRIMERO)

Full Name: /Nombre completo:	Disabled?: / ¿Discapacitado?:	Relationship/Relation?: / ¿Relación?:	Birthdate: / Fecha de Nacimiento:	Sex: / Sexo	Student/Employed: / Estudiante / Empleado:	Citizenship/ Alien Reg.#/ SSN: / Ciudadanía/ Número de registro de extranjero/ SSN:

STUDENT STATUS:

Are any of the members of the household listed above a student and/or enrolled in an accredited institute of higher learning?

¿Alguno de los miembros del hogar mencionados anteriormente es estudiante y/o está inscrito en un instituto de educación superior acreditado?

	YES / SÍ		NO
--	-----------------	--	-----------

If you answered yes, list the names of the Full-Time Students and the schools they attend:

Si respondió sí, anote los nombres de los estudiantes de tiempo completo y las escuelas a las que asisten:

(Also, indicate if they are Full Time or Part Time. / (Además, indique si son de Tiempo Completo o Tiempo Parcial.)

Name / Nombre	School Attended and Address /Escuela a la que asistió y dirección	Full/Part Time /Tiempo Completo/Parcial

Present Landlord /Arrendador actual:

Phone /Teléfono:

Street Address /Dirección Postal:

City, State, Zip Code /Ciudad, Estado, Código Postal:

Rent /Alquiler:

\$

Bedrooms /Dormitorios:

Reason for Moving / Razón para mudarse:

Past Landlord /Arrendador Anterior:

Phone /Teléfono:

Street Address /Dirección Postal:

City, State, Zip Code /Ciudad, Estado, Código Postal:

Rent /Alquiler:

\$

Bedrooms /Dormitorios:

Reason for Moving / Razón para mudarse:

Please list ALL State(s) in which you and all applicants have lived:

Por favor, enumere TODOS los estados en los que usted y todos los solicitantes han vivido:

INCOME: (*Income from other sources see below.*) List all Full and/or Part Time Employment for all household members other than minor dependent children. Include self-employed earnings.

INGRESOS: (Ingresos de otras fuentes, ver más abajo). Enumere todos los empleos de tiempo completo o parcial de todos los miembros del hogar excepto los niños menores dependientes. Incluya los ingresos por cuenta propia.

Do you own a business or are you are you self-employed?
 ¿Tiene usted un negocio o trabaja por cuenta propia?

	YES / SÍ	NO
--	-----------------	-----------

Name /Nombre	Employer Name, Address & Phone /Nombre, dirección y teléfono del empleador	Gross Annual Wages /Salario bruto anual	Length of Employment /Duración del empleo

OTHER SOURCES OF INCOME: (*Examples: Cash App, Venmo, PayPal, Zelle, etc.*), GPA, AFDC, Social Security, SSI, Pensions, Disability Compensation, Unemployment Benefits, Interest, Babysitting, Caretaking, Alimony, Child Support, Dividends, Armed Forces Reserves, Scholarships and/or Grants.

OTRAS FUENTES DE INGRESOS: (*Ejemplos: Cash App, Venmo, PayPal, Zelle, etc.*), GPA, AFDC, Seguro Social, SSI, Pensiones, Compensación por discapacidad, Beneficios por desempleo, Intereses, Cuidado de niños, Cuidado, Pensión alimenticia, Manutención de los hijos, Dividendos, Reservas de las Fuerzas Armadas, Becas y / o Subvenciones.

Name /Nombre	Source of Income /Fuente de ingresos	Gross Annual Wages /Salario bruto anual	Per (Hour, Week, Month, Year) Por (Hora, Semana, Mes, Año)

Name of Social Worker (If Applicable):

Nombre del trabajador social (si corresponde):

Phone:/Teléfono:

Assets/Bank Accounts: /Activos/Cuentas Bancarias:

Asset Type /Tipo de activo	Name of Bank(s) /Nombre del (los) banco(s)	Account Balance /Saldo de la cuenta	Account Number /Saldo de la cuenta
Checkings/Corriente			
Savings /Ahorros			
Loans /Préstamos			
Cash App/ Aplicación Cash App			
Stocks or Certificates /Acciones o Certificados			

Do you own Real Estate?: /¿Eres dueño de bienes raíces?:

<input type="checkbox"/>	YES / SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------

Credit Account Name: /Nombre de la cuenta de crédito:	Address: /Dirección:	Account Number:/ Número de cuenta:

MEDICAL AND UNUSUAL EXPENSES:

GASTOS MÉDICOS E INUSUALES:

Do you pay for child care while a family member is employed?

¿Paga por el cuidado de los niños mientras un miembro de la familia está empleado?

<input type="checkbox"/>	YES / SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------

If YES /SI:

List the child care provider's name, address and phone number

Anote el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de cuidado infantil

Name: /Nombre:

Phone: /Teléfono:

Cost: /Costo:

Per: /Por:

Address: /Dirección:

Are you receiving Medicare Benefits or Medical Assistance?

¿Está recibiendo beneficios de Medicare o asistencia médica?

<input type="checkbox"/>	YES / SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------

Are you making payments on outstanding medical bills?

¿Está haciendo pagos de facturas médicas pendientes?

<input type="checkbox"/>	YES / SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------

Do you take prescription drugs on a regular basis?
¿Toma medicamentos recetados de forma regular?

	YES / SÍ		NO
--	----------	--	----

Are you applying for housing due to VAWA?
¿Está solicitando una vivienda debido a VAWA?

	YES / SÍ		NO
--	----------	--	----

THANK YOU!

PLEASE NOTE THAT THIS IS A PRELIMINARY APPLICATION AND IN NO WAY INSURES OCCUPANCY. ADDITIONAL INFORMATION MAY BE REQUESTED TO COMPLETE PROCESSING OF YOUR APPLICATION. YOUR SIGNATURE GIVES WRITTEN CONSENT TO THE MANAGEMENT TO VERIFY INFORMATION IN THIS APPLICATION. A FALSE STATEMENT OR MISREPRESENTATION ON YOUR APPLICATION WILL AFFECT THE APPROVAL OR RESIDENCY.

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE ESTA ES UNA SOLICITUD PRELIMINAR Y DE NINGUNA MANERA ASEGURA LA OCUPACIÓN. ES POSIBLE QUE SE SOLICITE INFORMACIÓN ADICIONAL PARA COMPLETAR EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD. SU FIRMA DA SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO A LA GERENCIA PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD. UNA DECLARACIÓN FALSA O UNA REPRESENTACIÓN ERRÓNEA EN SU SOLICITUD AFECTARÁ LA APROBACIÓN O LA RESIDENCIA.

ALL INFORMATION IS TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE:
TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER:

Signature of Head of Household
Firma del cabecilla del hogar

Date
Fecha

Signature of Co-Head of Household
Firma del co-cabecilla de familia

Date
Fecha

Signature of Adult Applicant
Firma del solicitante adulto

Date
Fecha

Signature of Adult Applicant
Firma del solicitante adulto

Date
Fecha

Eligibility for these properties and the public housing program designated to them is contingent on submission and verification of citizenship or eligible immigration status. Assistance may be prorated, denied or terminated if any or all family members are determined ineligible for assistance.

La elegibilidad para estas propiedades y el programa de vivienda pública designado para ellas depende de la presentación y verificación de la ciudadanía o el estado migratorio elegible. La asistencia puede ser prorrateada, denegada o cancelada si se determina que alguno o todos los miembros de la familia no son elegibles para recibir asistencia.