



HOUSING AUTHORITY AND URBAN RENEWAL AGENCY OF POLK COUNTY
 204 S.W. WALNUT, P.O. BOX 467, DALLAS, OREGON 97338
 503-623-8387 * FAX 503-623-6907 * TDD 1-800-735-2900

NOTA: Los cambios de domicilio deben ser presentados por escrito dentro de los 30 días del cambio

Pre-Solicitud Para Sección 8 Asistencia de Renta

FOR OFFICE USE ONLY RECEIVED
DATE:
TIME:
BY:

Nombre de Jefe de Familia: _____

Apellido
Primer Nombre
Inicial

Domicilio Físico: _____

Apt #
Ciudad
Estado
Código Postal

Domicilio de Envió: _____

(Si es diferente de domicilio físico)
Ciudad
Estado
Código

Teléfono: _____

Numero de Casa
Número de Celular
Número de Trabajo/Mensaje

*Algun adulto de (18+): Anciano (62+) Una persona con discapacidades (que se pueda verificar)

Proporcionar esta información es voluntario. Se utiliza únicamente con fines estadísticas.

RAZA DE JEFE DE FAMILIA: [] African-American / Black [] Asian [] Native American / Alaskan Native
 [] Caucasian / White [] Hawaiian / Other Pacific Islander

ETNICIDAD DE JEFE DE FAMILIA: [] Hispano / Latino [] No-Hispano / No-Latino [] Decido no seleccionar

COMPOSICION DE FAMILIA: Empezando con el Jefe de Familia, apunte a cada miembro que vive en su casa

	APELLIDO	NOMBRE	RELACION A JEFE DE FAMILIA	SEXO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
1			Jefe de Familia			
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

INFORMACION DE INGRESOS

CANTIDAD DE INGRESOS	TIPO DE INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA

Una representación falsa o omisión de material de datos en esta Pre-Solicitud puede ser causa de negación a los servicios.

Si usted o alguien de su familia es una persona con discapacidades y necesita un alojamiento específico para poder utilizar nuestros programas y servicios, comuníquese con la Autoridad de Vivienda.

FIRMA DE JEFE DE FAMILIA

FECHA

