



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 Viviendas Públicas

FOR OFFICE USE ONLY <b>RECEIVED</b>
<b>DATE:</b>
<b>TIME:</b>
<b>BY:</b>
<b>PH BR SIZE:</b>

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

\*Algún 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

**POR FAVOR DE ASEGURARSE DE COMPLETAR AMBOS LADOS DE LAS FORMA**

