

Aplicación
Reparación y reemplazo de techos de viviendas
asequibles del condado de Santa Fe, también conocido
como el Programa de Techos Felices

Nombre del solicitante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Caja de correos: _____ Código Postal: _____

Alquiler: _____ Own: _____ Nombre: _____ del propietario Teléfono: _____

Dirección _____ Condado: _____

Nombre y teléfono No. de dos amigos o familiares con los que podemos ponernos en contacto si no podemos comunicarnos con usted.

(1) NOMBRE: _____

(2) NOMBRE: _____

Tipo de Calor: Gas Gas _____ LP Natural _____ Eléctrica _____ Madera _____ Kerosene _____ Otro _____

Factura mensual promedio de calefacción \$ _____ Utilidad Cuenta No.

¿Algún miembro del hogar tiene discapacidad? Si _____ No _____ Tipo de
Discapacidad _____

¿Esta vivienda ha recibido reparación o reemplazo de techo o climatización del DOE en el pasado? Si
_____ No _____ En caso afirma, fecha: _____

Unifamiliar Construida Home _____ Casa Móvil Home _____ Multifamiliar _____ Año fue
Construido _____

Número de ancianos en la familia (60 años o más) _____ Tamaño del hogar

Nacionalidad: Nativo American _____ Asiático _____ Afroamericano _____ Hispano _____ Caucásico _____
Otro _____

Nombre de cada hogar Miembro	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Social Seguridad Número	Relación a Jefe de Hogar	Bruto Mensual Renta	*Nombre, dirección, número de teléfono. del empleador u otra fuente de ingresos

Empleo, Seguro Social, Bienestar, Jubilación, Beneficios para Veteranos, Ingresos de Propiedades de Alquiler, Bonos y Otros Valores, Pensión Alimenticia, Manutención de Menores, etc.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DEL CLIENTE

Toda la información solicitada por el Condado de Santa Fe es con el propósito de calificar a los clientes para la Ordenanza de Reparación y Reemplazo de Techos de Vivienda Asequible del Condado de Santa Fe, también conocida como "Programa de Techos Felices" y es estrictamente confidencial. He leído y entiendo esta declaración.

LIBERACIÓN DE LA SOLICITUD PARA OBTENER LA VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS Y EL CONSUMO DE COMBUSTIBLE

Autorizo al personal del Programa de Asistencia de Climatización (WAP) a verificar y examinar los registros de consumo de combustible de mi casa, disponibles en las compañías de servicios públicos, con el fin de determinar el impacto de los servicios de conservación de energía prestados a mi casa.

Como solicitante del "Programa Happy Roofs", por la presente doy mi permiso al personal del programa que administra esta subvención para verificar todos los ingresos del hogar antes de la fecha de inicio de este trabajo a realizar. (Cada miembro del hogar de 18 años o más debe firmar a continuación para verificar sus ingresos).

Entiendo que no se pueden proporcionar servicios si los problemas de salud y seguridad están más allá del alcance de este programa. Es responsabilidad del solicitante corregir las condiciones inseguras o ponerse en contacto con fuentes de financiación alternativas para obtener asistencia.

Otorgo permiso para que el personal del Condado de Santa Fe y / o WAP o su designado ingresen a mi propiedad y realicen las reparaciones aplicables para la climatización, reparación del techo o reemplazo de mi hogar. También libero y me comprometo a eximir de responsabilidad al personal del Condado de Santa Fe y WAP y al asistente voluntario de cualquier responsabilidad que resulte de estas reparaciones.

Certifico que la casa para la cual estoy solicitando asistencia de climatización, reparación de techo o reemplazo, no está designada para adquisición o autorización por programas federales, estatales o locales dentro de los doce meses a partir de la fecha de finalización programada.

ADVERTENCIA: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos tipifica como delito hacer declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones a cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos en cuanto a asuntos dentro de su jurisdicción.

TODA LA INFORMACIÓN DE LA APLICACIÓN ES VERDADERA Y COMPLETA HASTA DONDE YO SÉ.

Firma de la fecha del solicitante

Fecha del miembro de la familia

Indicaciones para llegar a su domicilio si no tiene una dirección:

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Método de Verification _____

El solicitante es: Elegible _____ No Elegible _____ Motivo de no elegibilidad

Fuente de ingresos Documentacion _____

Certifico que he verificado y encontrado exactos los ingresos del solicitante.

Firma de Personal

Fecha