

*NOMBRE: _____ *N.º de SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

* información requerida

A CONTINUACIÓN, ANOTE LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTEN EN SU SITUACIÓN:

1. Actualmente es una persona sin hogar? - Según lo que se detalla debajo

SÍ	NO	Vive en las calles, en un campamento o en un automóvil
SÍ	NO	Refugio de emergencia o motel/hotel
SÍ	NO	Comparte temporalmente con amigos o familia (sin contrato de alquiler)
SÍ	NO	Hogar transitorio (Programa: _____)

2. ¿Ha sido desplazado involuntariamente...

SÍ	NO	... por un "desastre natural" (es decir, incendio o inundación declarados por el estado u otra agencia reconocida) o porque una agencia gubernamental lo está obligando o lo ha obligado a trasladarse?
SÍ	NO	... por ser víctima de violencia doméstica (debe haber ocurrido en los últimos 30 días, ser continua y verificada por una agencia reconocida)?
SÍ	NO	... por participar actualmente en un programa de protección de testigos?

3. Actualmente, ¿usted o su cónyuge/pareja trabaja al menos 20 horas por semana o asiste a la escuela u otro programa de capacitación de tiempo completo?

SÍ NO

4. ¿Usted o su cónyuge/pareja actualmente es miembro del Ejército o cónyuge sobreviviente de un veterano de guerra?

SÍ NO

5. Usted o su cónyuge/pareja:

SÍ	NO	¿tiene 62 años de edad como mínimo?
SÍ	NO	¿es discapacitado/minusválido?
SÍ	NO	¿constituye una familia conformada por dos o más personas que viven en su hogar?

6. ¿Usted o algún miembro de la familia ha participado satisfactoriamente o participa actualmente en un programa de apoyo para personas sin hogar o discapacitadas?

SÍ NO

Es responsabilidad del solicitante mantener esta información actualizada en todo momento. Si no responde las correspondencias de MHA o si es imposible entregar dicha correspondencia y esta regresa a MHA, su solicitud será retirada de la lista de espera.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE LISTA DE ESPERA

ACTUALMENTE, ¿CUÁNTAS PERSONAS CONVIVEN EN EL HOGAR? _____

¿LE GUSTARÍA AGREGAR UN MIEMBRO A SU FAMILIA?: SÍ/NO

(Si agrega algún miembro a su solicitud previa, proporcione la siguiente información para las personas que desee agregar):

Nombre	Fecha de nacimiento	Ciudadano/ Inmigrante	Sexo	Parentesco	N.º de Seguro Social
Nombre	Fecha de nacimiento	Ciudadano/ Inmigrante	Sexo	Parentesco	N.º de Seguro Social
Nombre	Fecha de nacimiento	Ciudadano/ Inmigrante	Sexo	Parentesco	N.º de Seguro Social
Nombre	Fecha de nacimiento	Ciudadano/ Inmigrante	Sexo	Parentesco	N.º de Seguro Social
Nombre	Fecha de nacimiento	Ciudadano/ Inmigrante	Sexo	Parentesco	N.º de Seguro Social

NOTAS: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____



IGUALDAD
DE OPORTUNIDADES
DE VIVIENDA

**Autoridad de Vivienda
del Condado de Marin**

415/491-2525

**(FAX) 415/472-2186
(TDD) 1-800-735-2929**

www.marinhousing.org

**Esta casilla es para uso del coordinador de registros
únicamente**

ACTUALIZADO EN LA COMPUTADORA EL:

**SOLO PARA SER FECHADO CON UN SELLO DEL
PERSONAL DE LA MHA**

**Lista(s) de espera S8 HAM Pt Reyes PH Sundance HCU
Bradley Isabel Fairfax Sundance**