



Ciudad de Roseville

*Programa de Rehabilitación
de Vivienda para Propietarios*

Forma de Interés para el Programa

Fecha _____

Nombre del Solicitante _____ Edad _____ Sexo: M ___ F ___

Nombre del Co-Solicitante _____ Edad _____ Sexo: M ___ F ___

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Raza/Étnica del Apicante (Solamente para propósitos estadísticos)

RAZA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska Y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano Y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Asiático Y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska Y Africano/Americano Negro |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u Otro Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

ÉTNICA HISPANA/LATINO: Sí No

Sí, Mexicano/Chicano

Sí, Cubano

Sí, Puerto Riqueño

Sí, Otro Hispano/Latino: _____

Edad de los hijos del Solicitante que van a vivir en el hogar: _____

Edades y parentesco de todas las otras personas viviendo en el hogar: _____

Habrán algunas personas discapacitadas viviendo en el hogar? Sí No Si contestó sí, cuántos? _____

Número de personas en el hogar? _____

Ingreso de **TODAS** las personas que viven en el hogar (especifique el aumento **MENSUAL**): \$ _____

Nombres de los Empleadores para todos los miembros del hogar: _____

Firma del Solicitante _____

Firma del Co-Solicitante _____

Límites de Ingreso 2012 de la Ciudad de Roseville Programa de Rehabilitación de Vivienda para Propietarios

1 person	2 persons	3 persons	4 persons	5 persons	6 persons	7 persons	8 persons
\$42,650	\$48,750	\$54,850	\$60,900	\$65,800	70,650	\$75,550	\$80,400

Mande la forma, traígala, o envíe por Fax al:

Ciudad de Roseville, División de Vivienda; 311 Vernison Street, Roseville, CA 95678

Teléfono: (916) 774-5270 Fax: (916) 746-1295

----- For office use only -----

If qualified: Date assistance provided: _____

If not qualified: Reason: _____

