

**Butler Metropolitan Housing Authority**  
**4110 Hamilton Middletown Rd.**  
**Hamilton, Ohio 45011**

**Public Housing Preliminary Application /Solicitud preliminar de vivienda pública**

\*Please Print and complete entire application. / \*Por favor imprima y complete toda la solicitud.

This is a pre-application only. Eligibility must be determined before being placed on our waiting list.

This es una pre-aplicación solamente. La elegibilidad debe ser determinada antes de ser colocado en nuestra lista de espera.

Date of Application: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud

Applicant Name: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante

Address: \_\_\_\_\_

Dirección

City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/código postal

1. Phone Number: \_\_\_\_\_

Número de teléfono

2. Phone Number: \_\_\_\_\_

Número de teléfono

3. Phone Number: \_\_\_\_\_

Número de teléfono

\*\* Are you planning on a change in the number of people on your application, including pregnancy, foster children, ect.?  Yes  No

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

\*\* ¿Está planeando un cambio en el número de personas en susolicitud, incluido el embarazo, los niños de crianza, etc.?  Sí  No En

caso afirmativo, sírvanse explicar: \_\_\_\_\_

\*\* Requested Bedroom Size \_\_\_\_\_ Tamaño del dormitorio solicitado \_\_\_\_\_

Check city applying for or both:

PHA Required bedroom size \_\_\_\_\_

Hamilton  Middletown

**Please list all persons who will be residing in your household:**

**Por favor, enumere a todas las personas que residirán en su hogar**

(Name)- First, MI, Last	Relation to head	Birth Date	Age	Sex	Social Security Number	City/State of Birth
(Nombre)- Primero, Último	Relación a la cabeza	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Número de Seguro Social	Ciudad/Estado de nacimiento
1.	Head/Cabeza					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

**INCOME FROM EMPLOYMENT \*INGRESOS POR EMPLEO**

List all full-time and/or seasonal employment for head, spouse and other household members age 18 or older, including self-employment.

Enumere todos los empleos de tiempo completo y/o estacionales para el jefe, cónyuge y otros miembros del hogar de 18 años o más, incluido el trabajo por cuenta propia.

Family Member	PLACE OF EMPLOYMENT	EMPLOYER ADDRESS	EMPLOYER TELEPHONE	EARNINGS RECEIVED: WEEKLY/BI-WKLY/ MONTHLY
Miembro de la familia	Lugar de empleo	Dirección del empleador	Teléfono del empleador	Ganancias recibidas: semanal/bi-semanal/ mensual
1.				
2.				
3.				

**INCOME FROM OTHER SOURCES \* INGRESOS DE OTRAS FUENTES**

List unearned income for all household members. This includes, social security, pensions, public assistance, SSI, unemployment compensation, alimony, child support, workers compensation and disability compensation.

Enumere los ingresos no devengados para todos los miembros del hogar. Esto incluye, seguridad social, pensiones, asistencia pública, SSI, compensación por desempleo, pensión alimenticia, manutención de los hijos, compensación de trabajadores y compensación por discapacidad.

Family Member	TYPE OF INCOME	NAME OF AGENCY/PERSON INCOME RECEIVED FROM	CONTACT PERSON NAME/TELEPHONE	TOTAL AMOUNT RECEIVED WEEKLY/BI-WKLY/MONTHLY
Miembro de la familia	Tipo de ingreso	Nombre de la agencia/ persona de ingresos recibidos	Persona De Contacto Nombre/Telefono	Total recibido Semanal / quincenal / mensual
1.				
2.				
3.				

**ASSETS \* ACTIVO**

Family Member	NAME OF BANK-TYPE OF ASSET	EST. CURRENT BALANCE OR VALUE	EST. ANNUAL INCOME FROM ASSETS
Miembro de la familia	Tipo de activo (propiedad)	Estimado balance o valor	Estimado ingreso anual de asset (propiedad)
1.			
2.			
3.			

Check race of household head

Compruebe la raza de Cabeza de familia:  White (Blanco / a)  Black (Americano/a -Africano/a)  Hispanic (Hispano/a)

Does any member of your household, 18 years or older attend school full-time?  Yes  No

¿Algún miembro de su hogar, de 18 años o más, asiste a la escuela a tiempo completo?  Sí  No

Have you or any household member sold or given away any real property or assets in the past two years?  Yes  No

¿Usted o algún miembro del hogar ha vendido o regalado bienes inmuebles o activos en los últimos dos años?  Sí  No

Military Service  Yes  No If yes, please list any household member who is currently serving in the active military or navel service and /or a Veteran who was discharged or released under conditions other than dishonorable (This does not include Reverse training).

Servicio militar  Sí  No En caso afirmativo, por favor enumere a cualquier miembro del hogar que actualmente esté sirviendo en el servicio militar activo o en el servicio obligatorio y/o un Veterano que fue dado de baja o liberado en condiciones que no sean deshonrosas (Esto no incluye el entrenamiento inverso).

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Handicap/Disability Status:  Yes  No If yes, please state any special accommodation due to a specific condition your household may need. \_\_\_\_\_

Estado de discapacidad/discapacidad:  Sí  No En caso afirmativo, indique cualquier adaptación especial debido a una condición específica que su hogar pueda necesitar. \_\_\_\_\_

\*Remember, at any time during the application process or after you are housed you can request a "Reasonable Accommodation" by submitting a request in writing to the Housing Authority and submitting proper documentation.

Recuerde, en cualquier momento durante el proceso de solicitud o después de su alojamiento, puede solicitar una "Adaptación razonable" presentando una solicitud por escrito a la Autoridad de Vivienda y presentando la documentación adecuada.

**I certify that the above information is true to the best of my knowledge and belief. I understand the above information is being collected to determine eligibility. I/WE authorize the program to verify all information provided in this statement and to disclose information to appropriate federal, state or local agencies. I understand that false statements or information will result in the termination of my application.**

**Certifico que la información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo la información anterior se está recogiendo para determinar la elegibilidad continua. Yo/NOSOTROS autorizamos al programa a verificar toda la información proporcionada en esta declaración y a divulgar información a las agencias federales, estatales o locales apropiadas. Entiendo que las declaraciones o información falsa resultarán en la terminación de mi solicitud.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant (firma del aplicante)

\_\_\_\_\_  
Date (fecha)

\_\_\_\_\_  
Interviewed by BMHA Employee

\_\_\_\_\_  
Date