

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

COMPUTER # \_\_\_\_\_

APPLICATION FOR ADMISSION \* APLICACION PARA ADMISION

Date of Applic.: \_\_\_\_\_  
Dia de Aplicacion:

1) Phone No. - \_\_\_\_\_  
Numero de telefono

Applicant Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del Aplicante

2) Phone No. - \_\_\_\_\_  
Numero de telefono

Street Address: \_\_\_\_\_  
Direccion

3) Phone No. - \_\_\_\_\_  
Numero de telefono

City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Zip:

Where we can reach you 3 - 4 months from today.  
Donde la podemos llamar 3-4 meses despues de hoy.

\*\*Are you planning on a change in the number of people on your application?  
Esta usted planeando en un cambio en el numero de personas en su aplicacion? SI No

Check city applying for or both:  
Ponga un check en la ciudad que quiera aplicar:

\*\* (Requested Bedroom Size) \_\_\_\_\_ (Tamano de Dormitorio solicitado) \_\_\_\_\_

     Hamilton      Middletown

~~PHA Required Bedroom Size~~ \_\_\_\_\_

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

Por favor liste todas las personas que viviran en su casa:

(Name) First, M.I., Last	Relation to head	Birth Date	Age	Sex	Social Security Number	City/State Of Birth
(Nombre) Primero, Ultimo	Relacion a la cabeza	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Numero de Social Security	Ciudad/Estado de Nacimiento
1	Head/Cabeza					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

INCOME FROM EMPLOYMENT \* INGRESO DE EMPLEO

List all full-time and/or seasonal employment for head, spouse and other household members age 18 or older, including the self-employed.  
Liste todo empleo full-time y o temporario para la cabeza, esposa(a) y otro miembro de familia edad 18 o mas, incluyendo trabajadores aut6nomos.

PLACE OF EMPLOYMENT	EMPLOYER ADDRESS	EMPLOYER TELEPHONE	EARNINGS RECEIVED: WEEKLY/BI-WKLY/MONTHLY
Lugar de Empleo	Direccion de Empleo	telefono de Empleo	Ganancias recibidas: Semanal/Bi-semanal/Mensual
1			
2			
3			

INCOME FROM OTHER SOURCES \* INGRESO DE OTRAS FUENTES

List unearned income for all household members. This includes interest, dividends, income from rental property, social security, pensions, public assistance, SSI, unemployment compensation, alimony, child support, workers compensation and disability compensation.  
Liste ingreso no ganado para todos los miembros de la casa. Incluyendo inter6, ingreso de propiedad rentada, social security, pensiones, asistencia publica, SSI, compensaci6n de desempleo, pensi6n, child support, compensaci6n de trabajo o compensaci6n de incapacidad.

TYPE OF INCOME	NAME OF AGENCY/PERSON INCOME RECEIVED FROM:	CONTACT PERSON NAME/TELEPHONE	TOTAL AMOUNT RECEIVED WEEKLY/BI-WKLY/MONTHLY
Tipo de ingreso	Nombre de agencia/persona que recibe ingreso de:	Persona para contactar Nombre/telefono	Cantidad total recibida Semanal/Bi-semanal/mensual
1			
2			
3			

ASSETS \* CUENTAS

List assets of all household members, including but not limited to bank accounts, stocks, bonds, credit union shares, whole life insurance policies and any type of real estate owned. Liste todas las propiedades de los miembros de la casa, incluyendo cuentas de banco, acciones, bonos, uniones de creditos, acciones, seguros de vida enteros y tipos de propiedad poseida.

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

Check race of household head: Ponga un check en su raza:  
☐ White(Blanco/a) ☐ Black(Americano/a-Africano/a) ☐ Hispanic(Hispano/a)

\*\*Does any member of your household attend school full-time? ☐ Yes ☐ No  
Cual quien miembro de la casa atiende una escuela full-time(tiempo completo). ☐ SI ☐ 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 otro miembro de su casa vendido o regalado propiedad en los últimos dos años? ☐ SI ☐ No

\*\*Military Service: ☐ Yes ☐ No If yes Please list any household member who is currently serving in the active military or naval service and/or a Veteran who was discharged or released under conditions other than dishonorable(This does not include Reserve training).  
Servicio de Militaria. Liste cualquier miembro de la casa que esta sirviendo activo en la militaria o servicio naval y/o Veterano que fue despedido o liberado sobre condiciones que no sean deshonrosas. (No incluye Reserve Training.)

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

\*\*HANDICAP/DISABILITY STATUS: ☐ Yes ☐ No If yes please state any special accommodation due to a specific condition your household may need. Posición de discapacidad/incapacidad: Por favor diga cualquier alojamiento especial debido a una condición específica que cualquier miembro de la casa necesita.

Remember, at any time during the application process or after you are housed you can request "Reasonable Accommodations" by putting it in writing to the Authority and submitting proper documentation.  
Recuerde, que en cualquier tiempo durante el proceso de la aplicación o después que usted sea albergado/a pueden pedir "Acomodaciones Razonables" al ponerlo en escrito a la Autoridad y dar documentación apropiada.

I understand that this is not a contract and does not bind either party. The above information is full, true, and complete to the best of my knowledge. I have no objections to inquiries being made for the purpose of verifying the statements made herein.  
Entiendo que esto no es un contrato y no hace ningún lado. La información arriba esta llena, verdadera, y completa a lo mejor de mi conocimiento. No tengo objeciones a indagaciones sea por razones de verificar la declaración hecho aquí.

Signature of Applicant(Firma del aplicante) \_\_\_\_\_ Date(Fecha) \_\_\_\_\_

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

FOR AUTHORITY USE ONLY  
\*\*\*\*\*  
On the basis of the rules and regulations set forth in the BMHA policy, the Applicant named herein has been found to be:  
(Eligible) for admission \_\_\_\_\_ (Ineligible) for admission \_\_\_\_\_  
(Eligible Bedroom Size) \_\_\_\_\_

BMHA Employee \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

CERTIFICATION:  
Effective Lease Date: \_\_\_\_\_ Community #: \_\_\_\_\_ Acct. #: \_\_\_\_\_ Unit Size: \_\_\_\_\_  
Verified type of income at the time of leasing unit: \_\_\_\_\_  
Total Gross Annual Amount of Income: \_\_\_\_\_  
Allowable Deductions: \_\_\_\_\_  
Total Tenant Payment: \_\_\_\_\_  
Utility Allowance: \_\_\_\_\_

Housing Manager/BMHA Employee \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_