



WILMINGTON AREA REBUILDING MINISTRY

5058 WRIGHTSVILLE AVENUE - WILMINGTON, NC - 28403
910.399.7563 - WWW.WARMNC.ORG - INFO@WARMNC.ORG
GENERAL CONTRACTING LICENSE #78118

Solicitud de Assistance

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de seguridad social: _____

Género: _____ Raza: _____ Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____

Tipo de casa: (Círculo uno) CASA MÓVIL CONDominio CASA DUPLEX CASA

¿Eres dueño de la casa que necesita reparación? Sí/No ¿Vives en la casa que necesitas reparación? Sí/No

Número de años que usted ha sido propietario de la casa: _____ Número de personas que viven en su casa: _____

Persona alternativa para contactar (si no podemos comunicarnos con usted) Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Usted o algún miembro de su hogar posee alguna otra propiedad inmobiliaria? _____

¿Cómo se enteró de WARM? _____

¿Podemos comunicarnos con otras agencias (privadas, sin fines de lucro, estatales, federales, etc.) en su nombre? Sí/No

¿Ha solicitado previamente asistencia de WARM? Sí/No ¿Tienes alguna mascota? Sí/No

¿Alguien persona que reside en el hogar es un Veterano Militar o la Viuda de un Veterano Militar? Sí/No

Nombre del Veterano: _____ Rama de Servicio: _____

Estado de Empleo: (Circule uno): Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Retirado Discapacitado

Ocupación(es) u Ocupación (es) anterior: _____

Información del hogar

Por favor complete la siguiente información para **TODOS** los miembros del hogar, incluido usted mismo.

Nombre de miembro del hogar	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Numero de Seguridad Social #	M/F	Raza	Estado de Empleo
	propio					

Por favor complete la siguiente información de ingresos para **TODOS** los miembros del hogar. Incluya **todos** los salarios, seguro social, SSI por Discapacidad, beneficios para veteranos, pensiones, manutención infantil, pensión alimenticia, desempleo, etc.

Nombre de miembro del hogar	Fuente de ingresos (Salario, Seguro Social, SSI, Discapacidad, etc.)	Ingresos mensuales
		\$
		\$
		\$
		\$

Ingreso mensual total para todos los miembros del hogar: \$ _____

DOCUMENTACIONES REQUERIDOS

Su solicitud no será procesada sin esta información adjunta.

Por favor, envíe copias, no documentos originales.

Identificación del solicitante principal. Seleccione **cuál** está adjunto:

- Licencia de conducir
- Otra forma de identificación: _____

Comprobante de impuestos sobre la renta solo para el solicitante principal SOLAMENTE:

- PRIMERAS DOS PAGINAS SOLAMENTE** de la declaración de impuestos del año más reciente

Comprobante de **todos** los ingresos para **todas** las personas que viven en el hogar. Cualquier persona mayor de 18 años que no tenga ingresos **DEBE** completar una Declaración Jurada de Cero Ingreso. Comuníquese con la oficina de WARM para obtener este documento. Seleccione los documentos que se adjuntan:

- Cuatro recibos de pago más recientes
- Carta de adjudicación del Seguro Social, Discapacidad o SSI para el AÑO ACTUAL
- Declaración del proveedor de pensiones para el AÑO ACTUAL
- Declaración de desempleo para MES ACTUAL
- Acuerdo registrado de manutención infantil / pensión alimenticia

Prueba de propiedad de la vivienda. Seleccione **CUÁL** está adjunto:

- Declaración del impuesto sobre la propiedad
- Escritura de Fideicomiso
- Título del DMV en caso de una casa móvil



WILMINGTON AREA REBUILDING MINISTRY

5058 WRIGHTSVILLE AVENUE - WILMINGTON, NC - 28403
910.399.7563 - WWW.WARMNC.ORG - INFO@WARMNC.ORG
GENERAL CONTRACTING LICENSE #78118

Autorización

Por la presente autorizo a Wilmington Area Rebuilding Ministry, Inc. (WARM, Inc.) a liberar y/o recibir a/o desde cualquier agencia o persona CUALQUIER información que sea relevante para el propósito de proporcionar asistencia para mis necesidades y/o las necesidades de mi hogar. Además, autorizo a WARM, Inc. a completar una revisión de antecedentes penales en cada miembro de mi hogar, que aparece en esta solicitud, con el propósito de la aprobación de la solicitud.

Entiendo que la divulgación de esta información no garantiza que se proporcionará asistencia, sino que, sin la información, mi caso no puede ser procesado para la consideración de los servicios de WARM, Inc.

Entiendo que la información confidencial puede ser recopilada de familiares, amigos, conocidos, compañeros de trabajo, empleadores, otras agencias y empresas con las que he interactuado. WARM, Inc. puede divulgar o recibir información sobre mi historial social y familiar, mi estado laboral, mis finanzas o cualquier otra información que consideren necesaria para revisar mi solicitud.

Si mi reconstrucción es seleccionada para los servicios WARM, acepto permitir fotografías y videos de mi hogar y de cualquier miembro del hogar presente durante las actividades de reconstrucción. Además, acepto permitir que se utilicen para el mantenimiento de registros, los informes, el marketing y la publicación de los medios de comunicación, sin usar mi nombre completo ni mi dirección.

Solicitante (Nombre de impresión)

Co-Solicitante (Nombre de impresión)

Firma del solicitante

Fecha

Firma del co-solicitante

Fecha

Dirección, Ciudad, Estado, Zip

Renuncia

La ejecución de este Consentimiento no garantiza que se proporcionará la asistencia que usted requiere o desea. Esta información se entregará únicamente a uno o más organismos sociales (o a las personas solicitadas por una agencia social para que se les proporcione esta información) que puedan solicitarla. WARM no puede, y no lo hace, decidir si cualquier otra agencia puede o cómo brindarle asistencia.

Información de la casa

¿En qué año se construyó tu casa? _____ ¿Cuántas historias? _____ ¿Cuántas habitaciones? _____

¿Cuántos baños? _____ Fuente de agua: Público/Bueno Tipo de sistema de alcantarillado: Público/Séptico

Compañía eléctrica: _____ Número de cuenta de la compañía eléctrica: _____

¿Están corrientes todas las facturas de servicios públicos? Sí/No Si no, ¿cuáles están detrás? _____

¿Tienes una hipoteca sobre tu casa? Sí/No ¿Su hipoteca es actual? Sí/No

¿Están corrientes sus impuestos a la propiedad? Sí/No ¿Tiene seguro de propietario? Sí/No

¿Si usted es propietario de una casa móvil en un lote alquilado, es el pago de alquiler de lote real? Sí/No

Nombre del propietario del lote: _____ Número de teléfono: _____

Si necesita ayuda para reparar los daños en su hogar de un huracán, tormenta u otro desastre, ¿cuál(s)?

Nombre del huracán: _____ Fecha: _____ ¿Tiene usted:

¿Solicitó ayuda a FEMA? Sí/No ¿Presentó una reclamación ante su compañía de seguros? Sí/No

Por favor, compruebe las reparaciones necesarias para hacer su hogar **seguro y seguro.**

_____ Electrodomésticos (lista a continuación)

_____ Daño eléctrico

_____ Calefacción/Aire Acondicionado

_____ plomería

_____ Alcantarillado/Reparación séptica

_____ Reparación de pared exterior

_____ Chinchas

_____ Construcción de rampa

_____ Moho/Hongo

_____ Reparación del suministro de agua

_____ Escaleras & Aterrizajes

_____ Reparación de suelo

_____ Reparación de puertas

_____ Reparación de techo

_____ Reparación de muro interior

_____ Reparación de ventanas

_____ Daños por tormenta/huracán

_____ Otro (Especifique) _____

Otras aplicaciones

¿Ha solicitado a otras agencias en los últimos tres años para la reparación del hogar u otros tipos de servicio?

Esto no afectará a la aplicación. Nos ayudará a coordinar esfuerzos con nuestros socios.

Esto no afectará a su aplicación. Nos ayudará a coordinar los esfuerzos con nuestros socios.

Nombre de la Agencia / Organización	Tipo de Servicio (SNAP, recuperación de huracanes, etc.)	Estado (aprobado, pendiente o denegado)

Información de salud

Esto nos ayudará a identificar las deficiencias del hogar que pueden afectar su salud, así como a encontrar otros recursos para usted.

• ¿Quién en su casa tiene seguro médico? Privado _____

Medicare _____ Medicaid _____

• Si usted o alguien en su hogar está discapacitado, ¿qué causó la discapacidad? _____

• ¿Cuál es el costo mensual de la atención médica en el hogar, incluidas las visitas médicas y las recetas? _____

• ¿Cuántos resfriados o infecciones han tenido los miembros del hogar durante el año pasado?

• Describa cualquier condición contagiosa en el hogar. _____

• Describa cualquier enfermedad crónica o terminal en el hogar. _____

• Describa cualquier caída, quemadura u otros accidentes en su hogar. _____

• ¿Quién, si alguien, en su casa es fumador? _____

• Describa cualquier condición respiratoria en su hogar. _____

• Describa cualquier otra preocupación de salud de los residentes en su hogar. _____

Declaración personal

Debe completarse. Utilice la parte posterior de esta hoja si es necesario.

Para que lo comprendamos completamente, por favor cuéntenos sobre el estado de tu hogar.

Por favor, díganos la circunstancia que lo llevó a solicitar asistencia para la reparación del hogar, y cómo espera que las reparaciones mejoren su situación actual de vida.

Certificación y Declaración de Entendimiento

Por la presente certifico que poseo y ocupo la casa que necesita reparaciones, la información en este perfil es correcta, todos los ingresos de cada persona que vive en mi hogar han sido reportados, y no estoy preparando mi casa para la venta. Entiendo que no reportar todos los ingresos, o engaño en esta aplicación de ninguna manera, puede resultar en QUE WARM, Inc. me niegue servicios o detenga los servicios sin previo aviso. Entiendo que esta información puede utilizarse para la presentación de informes estadísticos y puede ser proporcionada a otros organismos que puedan proporcionar asistencia. Entiendo que la presentación de esta solicitud no garantiza que se proporcionará asistencia. Acepto proporcionar rápidamente a WARM cualquier información adicional necesaria para procesar mi solicitud.

Si soy aprobado, entiendo que WARM se reserva el derecho de detener la reconstrucción en cualquier momento, por cualquier razón.

_____	_____	_____	_____
Firma del solicitante	Fecha	Firma del co-solicitante	Fecha