

*La Lista de Espera para del Programa de Vales de Elección de Vivienda del Condado Brown se
Vuelve a Abrir en el 5 de junio del 2006*

Límites de Ingresos

1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas	8 personas
22,600	25,850	29,050	32,300	34,900	37,450	40,050	42,650

Las aplicaciones serán aceptadas por correo de:

Familias que viven en el Condado Brown, trabajan en el Condado Brown, o empleado para trabajar en el Condado Brown. La orden de categoría bajo esta preferencia incluye:

1. Residentes desplazados por la acción del gobierno relacionado con el mejoramiento público o desarrollo, o desplazado por un desastre natural (y no esta viviendo en una vivienda de reemplazo)
2. Familias donde la cabeza de familia, la co-cabeza o cónyuge satisface uno de los criterios siguientes:
 - A. Veteranos
 - B. 62 años de edad o más
 - C. Persona con una discapacidad
 - D. Tiene niños menos de 18 años de edad viviendo en su casa
3. Residentes del Condado Brown que no satisfacen los criterios enumerados en 1 o 2

Para ser puesto en la lista de espera todo lo siguiente debe ser recibido por ICS:

- √ Una aplicación preliminar totalmente completa
- √ Prueba de residencia en el Condado Brown (contrato de arrendamiento, factura de utilidad, talonario de cheques de un empleador local o declaración escrita del empleador local)
- √ Prueba de preferencia;
 1. Desplazado: Declaración de agencia del gobierno o agencia de servicio como la Cruz Roja.
 2. Veterano: Copia del Formulario DD214 o los papeles de terminación del servicio.
 3. 62 años de edad o más: Copia de su acta de nacimiento, certificado de bautismo, etc.
 4. Discapacidad: Copia del SS/SSI o beneficios.
 5. Niños menos de 18 años: Copia de registro escolar, acta de nacimiento, etc. para al menos un niño.

Favor de Notar: Para aplicaciones recibidas el 5 de junio hasta el 16 de junio, un tipo aleatorio sera usado para determinar la orden de la selección bajo cada preferencia.. Aplicaciones recibidas después del 16 de junio serán aceptadas usando la hora y fecha. Usted recibirá una carta de recibo cuando su nombre es colocado en la lista de espera.

La espera para ser asistido puede ser hasta un año. Usted debe notificar a Integrated Community Services de cualquier cambio de dirección o miembros de casa.

Si usted es una persona con una discapacidad y requiere un acomodo específico para utilizar completamente nuestros programas y servicios, por favor póngase en contacto con ICS al (920) 448-4542.

Integrated Community Services, Inc., 201 W Walnut St., Green Bay, WI 54303

FAVOR DE COMPLETAR ESTA FORMA Y

REGRESARLA AL: 201 W. Walnut Street, Green Bay WI 54303

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

Nº DEL APTº _____

CIUDAD/ESTADO/ _____

CÓDIGO POSTAL _____

Otra dirección si es distinta a la anterior para enviar correo:

Nota: Si su domicilio cambia, notifique nuestra oficina para mantener su estado en la lista de espera.

Esta forma debe ser acompañada con evidencia legal de su domicilio cuando la entregue. Evidencia aceptable de su domicilio incluye su licencia de manejar o cualquier otro documento que sea de la cabeza de la familia, cónyuge o co-cabeza de cierto domicilio. Solicitudes Preliminares que no incluyan evidencia de su dirección legal no serán aceptadas.

Parte 1: Cabeza de Familia

Favor de completar esta parte para la cabeza de la familia

Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____
mes día año

Sexo Femenina Masculino

¿Está usted dispuesto/a mudarse? Sí No
 Are you willing to move?

¿Está usted incapacitado/a? Sí No
 Are you disabled?

Teléfono de su casa _____
 Home telephone number

Otro teléfono _____
 Other telephone number

Tipo de teléfono: Celular Trabajo Otro:

Raza Race Asiático
 Blanco
 Indio Americano o Nativo de Alaska
 (Marque una caja) Negro o Afro-Americano

Etnia Ethnicity Hispano
 No Hispano

Datos de raza y etnia son para propósitos estadísticos solamente.

Parte 2: Información de Miembros de Hogar

Por favor escriba la información de los adultos primero, y después, de los menores de 18 años. Escriba una *F* o una *M* para indicar el sexo. Si algún miembro de la familia está incapacitado, marque la *S*; si no, marque la *N*. Anote la relación familiar de cada persona hacia la cabeza de la casa.

Apellido	Nombre	Nº del Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo (M/F)	¿Discapacitado/a?	Relación familiar (Esposo, hija, ec.)
_____	_____	____-____-____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	____-____-____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

Favor de continuar a la Parte 3 ⇨

