



# LITTLE ACTS OF LOVE

## Aplicación Para Reparación De Vivienda

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Si esta aplicación es completada por alguien que no es el propietario, por favor, provea la siguiente información:

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Organización \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió para las reparaciones de la casa (si no es la persona que describe arriba)? \_\_\_\_\_

¿Es usted un veterano? Si [ ] No [ ]

1. ¿Habla usted Inglés? Si [ ] No [ ]

2. Estado Civil (identifique uno): Casado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Separado(a) [ ] Soltero(a) [ ]

3. ¿Es usted el dueño de la casa en la que vive? (conteste uno) Si [ ] No [ ]

4. Están los impuestos sobre la propiedad pagados hasta esta fecha? (conteste uno) Si [ ] No [ ]

5. Por favor identifique todos los familiares que viven con usted. (Información adicional puede ser añadida en la parte trasera de esta página.)

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN CON EL APLICANTE

5. En caso de emergencia por favor identifique a un familiar o amigo como contacto:

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el aplicante \_\_\_\_\_

6. Favor de identificar cualquier problema de salud o incapacidad (especialmente si recibe SSDI) del cual debemos estar notificados. \_\_\_\_\_

7. Favor de describir cual es su prioridad y tipo de trabajo usted desea se haga en su casa. \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál es su ingreso mensual? \$ \_\_\_\_\_

\* Por favor, adjunte prueba de que usted es dueño de la propiedad (**pago mensual de la hipoteca o escritura**) y documentación de los ingresos de cada miembro de su familia por los pasados 12 meses, e.j., *Talonario de Salario; Pensiones; Seguro Social; Seguro Social por Incapacidad; pagos por Seguro de Ingreso Suplementario*. Esta información debe incluirlo a usted y a cada miembro de su familia.

9. Por favor, lea el siguiente párrafo, firmelo y escriba la fecha.

Mi firma indica que entiendo que el equipo de trabajo de LITTLE ACTS of LOVE son voluntarios, y que el trabajo hecho en las casas es hecho por estudiantes adolescentes, que están bajo la supervisión de un adulto y adultos voluntarios. Entiendo que su trabajo pueda no ser de calidad profesional, y que LITTLE ACTS of LOVE pueda no terminar todo el trabajo que estoy solicitando. También entiendo que mi casa puede o no puede ser seleccionada para el trabajo solicitado. Además, si mi casa es seleccionada, acuerdo por este medio sostener que la Junta de Directores, Personal y Organizaciones Afiliadas de LITTLE ACTS of LOVE, están exentos de cualquier responsabilidad u/o reclamación legal de cualquier naturaleza que pueda presentarse o surgir como resultado de su trabajo. Además, entiendo que el ingreso reportado y toda la información arriba indicada son exactos, y si yo proveyera información fraudulenta, LITTLE ACTS of LOVE, tiene todo el derecho de negar los servicios solicitados en mi propiedad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíe la aplicación completa a:  
Little Acts of Love  
P.O. Box 120  
Wernersville, PA 19565