

**O.C.E.A.N., Inc.**  
**HOUSING APPLICATION**

**A. INFORMACIÓN GENERAL**

**B.**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

FEMA# \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del cosolicitante: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono casero e #: \_\_\_\_\_

Teléfono celular #: \_\_\_\_\_

**C. HOUSEHOLD COMPOSITION**

**\*\*\*PLEASE REFER TO THE LIST BELOW\*\*\***

Enumere a todas las personas que viven en el hogar (incluidos el solicitante y el cosolicitante)	Relación con el jefe de hogar	Ingresos brutos mensuales corrientes	Fuente de ingresos	Fecha de nacimiento /edad	Raza/Etnia	Género
1	HEAD					
2						
3						
4						
5						
6						

**RACE**

Asian  
American Indian or Alaskan Native  
Black or African American  
Native Hawaiian/Pacific Islander  
White  
Asian and White  
Black/African American and White  
Black/African American and American Indian or Alaskan Native  
American Indian/Alaskan Native/White  
Multi-Racial

**ETHNIC**

Hispanic or Latino  
Non-Hispanic or Latino

**RELATIONSHIP TO HEAD OF HOUSE**

1 = Spouse  
2 = Daughter/Son  
3 = Step Daughter/Son  
4 = Mother/Father  
5 = Aunt/Uncle  
6 = Non-related

**HEAD OF HOUSEHOLD CODE**

1 = Single/non-elderly  
2 = Elderly  
3 = Related/single parent  
4 = Related/two parent  
5 = other

**SOURCE OF INCOME**

Social Security Disability Income (SSDI)  
Veteran's Disability Payment  
Private Disability Insurance  
Worker's Compensation  
Temporary Assistance for Needs Families (TANF)  
General Assistance (GA)  
Retirement Income – Social Security  
Veteran's Pension  
Pension from a former job

Child Support  
Alimony or other spousal support  
Any other sources

¿Anticipa alguna adición a este hogar dentro de los próximos 12 meses? Yes/No  
Explain: \_\_\_\_\_

¿Hay miembros adultos del hogar estudiantes de tiempo completo?  
Yes/No

¿Cuál es el nivel más alto de la escuela completada? \_\_\_\_\_

¿Todos los niños en edad escolar (5-17) asisten actualmente a escuelas públicas/privadas?  
Yes/No

¿Actualmente tiene niños menores de cinco (5) años que necesitan asistencia para guarderías / preescolares?  
Sí/No

#### **D. ASSESTS**

Checking Account(s)	# _____	Equilibrar _____
	# _____	Equilibrar _____
Savings Account(s)	# _____	Equilibrar _____
	# _____	Equilibrar _____
Trust Account(s)	# _____	Equilibrar _____
Certificate(s)	# _____	Equilibrar _____
Credit Union	# _____	Equilibrar _____
Savings Bond(s)	# _____	Equilibrar _____

¿Eres dueño de alguna propiedad?  
Yes/No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de propiedad? \_\_\_\_\_

Valor de mercado de tasación \$ \_\_\_\_\_

¿Saldo de hipoteca o préstamos pendientes de pago? \_\_\_\_\_

Importe de la prima anual del seguro? \_\_\_\_\_

¿Monto de la factura de impuestos más reciente? \_\_\_\_\_

¿Ha vendido/eliminado alguna propiedad en los últimos dos años? Yes/No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de propiedad? \_\_\_\_\_

¿Cantidad vendida/eliminada? \_\_\_\_\_

¿Fecha de la transacción? \_\_\_\_\_

¿Ha dispuesto de otros activos en los últimos dos años? Yes/No

En caso afirmativo, describa el activo. \_\_\_\_\_

#### **E. BENEFICIOS NO MONETARIOS**

¿Recibe asistencia con su alquiler, como la Sección 8, SRAP, vivienda pública,

¿Asistencia de alquiler o un bono de vivienda?

Yes/No

¿Recibe beneficios de TANF? Yes/No

¿Utiliza servicios de transporte financiados por TANF, como Ocean Ride? Yes/No

¿Utiliza los servicios de cuidado infantil de CHS?

Yes/No

¿Usted y/o algún miembro de su hogar reciben cupones de alimentos? Yes/No

¿Participa en el programa de seguro de salud MEDICAID? Yes/No

¿Participa en el programa de seguro de salud MEDICARE? Yes/No

¿Participa en el programa de seguro de salud NJ FAMILY CARE? Yes/No

¿Participas en WIC? Yes/No

¿Recibe servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)? Yes/No

**F. INFORMACIÓN ADICIONAL**

¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Yes/No

¿Consideras que tienes una discapacidad física? Yes/No

¿Ha experimentado violencia doméstica o de pareja? Yes/No

¿Usted o algún miembro de su hogar está usando una sustancia ilegal? Yes/No

¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito menor o un delito grave?  
Yes/No

¿Relacionado con las drogas?  
Yes/No

¿Crimen sexual? Yes/No

¿Robo/Hurto? Yes/No

En caso afirmativo, sírvase explicar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha sido desalojado de la vivienda?  
Yes/No

¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota?  
Yes/No

**G. RESIDENCIA PERMANENTE**

¿Cuál es la dirección de su última residencia permanente?

\_\_\_\_\_

¿Dónde te desplazaste debido a la tormenta? \_\_\_\_\_

**G. INFORMACIÓN DE REFERENCIA**

Propietario actual: Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa/trabajo : \_\_\_\_\_

Propietario anterior:Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa/trabajo : \_\_\_\_\_

Yo / Nosotros certificamos que toda la información en esta solicitud es fiel a nuestro leal saber y entender que la información o declaraciones falsas son punibles por la ley y conducirán a la cancelación de esta solicitud o la terminación del arrendamiento después de la ocupación.

**FIRMAS:**

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

CO-SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

**P SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE ARRENDAMIENTO COMPLETADA A:**

O.C.E.A.N., Inc.  
Atención: Administrador de la propiedad  
[Propertymanager@oceaninc.org](mailto:Propertymanager@oceaninc.org)  
Calle Washington 40  
Apartado de correos 1029  
Toms River, NUEVA JERSEY 08754

---

For official use only:

Rental entry date: \_\_\_\_\_

Rental exit date: \_\_\_\_\_