



**DECLARACIÓN DEL
ARRENDADOR/GERENTE
STATEMENT FROM
LANDLORD/MANAGER**

DIRECCIÓN POSTAL DEL DSHS DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905	
NÚMERO TELÉFÓNICO DEL DSHS	NÚMERO DE FAX DEL DSHS 888-338-7410
NÚMERO DE CASO/CLIENTE	FECHA
El Departamento de Servicios Sociales y de Salud está en proceso de determinar la elegibilidad del cliente. Proporcione la información solicitada a continuación.	
FIRMA DE ESPECIALISTA DE SERVICIOS FINANCIEROS	

PROPIETARIO O GERENTE AUTORIZADO: complete todas las secciones a continuación sólo con la información que usted sepa es verdadera. Escriba "no es de mi conocimiento" en las preguntas que no pueda responder. (No deje en blanco ninguna casilla).

A. Unidad alquilada e información de arrendatario:

1. DIRECCIÓN	NÚMERO DE DEPARTAMENTO	5. NOMBRES DE TODOS LOS ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCIÓN
CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL	
2. NOMBRE DEL ARRENDATARIO		Adjunte más hojas si fuera necesario.
3. FECHA DE MUDANZA AL DEPARTAMENTO	4. TIPO DE RESIDENCIA	

B. Información de alquiler:

6. MONTO TOTAL DE ALQUILER	7. MONTO DE LA AGENCIA DE VIVIENDA, DE SER EL CASO \$	8. MONTO DE ALQUILER DEL ARRENDATARIO \$	9. FECHA EN LA QUE SE INICIÓ EL MONTO INDICADO EN LA CASILLA 8
10. NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) QUE PAGA(N) EL ALQUILER		11. NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) QUE PAGA(N) EL ALQUILER	
12. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:			
¿El arrendatario paga solamente una parte del monto que se indica en la casilla 8? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, monto: \$ _____			
¿El arrendatario trabaja para una parte del monto que se indica en la casilla 8? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, monto: \$ _____ Número de horas trabajadas por mes: _____			
¿Cómo paga el alquiler el arrendatario? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque/Tarjeta de débito <input type="checkbox"/> Orden de pago <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____			

C. Información de servicios públicos: Marque la(s) casilla(s) que correspondan.

13. La fuente principal de calefacción para esta residencia es: <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____	16. ¿Todos los servicios públicos están incluidos en el alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, marque la(s) casilla(s) que indique lo que paga el arrendatario: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua/desagüe <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
14. ¿Hay un medidor distinto para el gas y electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
15. ¿El arrendatario paga el aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

17. NOMBRE DE ARRENDADOR/GERENTE		18. Nombre de propietario (Si es distinto al Arrendador/Gerente)	
DIRECCIÓN O NÚMERO DE CASILLA POSTAL		NOMBRE DE PROPIETARIO	
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		DIRECCIÓN O NÚMERO DE CASILLA POSTAL	
NÚMERO TELÉFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO TELÉFÓNICO DE CASA	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	
FIRMA DE ARRENDADOR/GERENTE	FECHA	NÚMERO TELÉFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO TELÉFÓNICO DE CASA