



# Greater Prince William Community Health Center

4379 Ridgewood Center Dr, Suite 102, Woodbridge, VA 22192  
9705 Liberia Ave, Suite 201, Manassas, VA 22010  
17739 Main Street, Suite 130, Dumfries, VA 22026  
Phone: 703.680.7950 Fax: 703.680.7953

## VIVIENDA COMPARTIDA CON INGRESOS SEPARADOS

### Parte I Para ser completada por el solicitante

Nombre de la persona compartiendo gastos con el solicitante \_\_\_\_\_

Direccion Calle \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha que solicitante empezo a compartir vivienda \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaración del Solicitante – El solicitante comparte la misma dirección con una ó más familias por razones económicas. Cada hogar debe tener ingresos independientes o medios de subsistencia. Los hogares compartan los costos de la vivienda solamente, pero por lo demas son independientes. Una vez verificado, el solicitante esta autorizado a declarar vivir en vivienda compartida con ingresos separado para ser considerado para la determinación de elegibilidad para el Programa de Escala de Descuento.

### Part II Para ser completada por el aplicante

#### Autorizacion para divulgar informacion

Yo, \_\_\_\_\_,  
(Nombre)

Doy autorizacion a GPWCHC para verificar esta informacion.

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

### Parte III Para ser completada por la persona que comparte gastos del hogar con el solicitante. Si dos ó más familias comparten la misma dirección, al menos una persona debe revelar la cantidad pagada por el solicitante.

#### 1. El solicitante paga por mes:

- |                |                              |                             |                 |
|----------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Renta/Hipoteca | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | Monto: \$ _____ |
| Recibo de Luz  | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | Monto: \$ _____ |
| Gas            | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | Monto: \$ _____ |
| Telefono       | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | Monto: \$ _____ |
| Agua           | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | Monto: \$ _____ |
| Alcantarillado | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | Monto: \$ _____ |
| Otros _____    | (Especifique)                |                             | Monto: \$ _____ |

#### 2. Nombres de los miembros del hogar incluyendo al solicitante.

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

Tengo entendido que Greater Prince William Community Health Center puede ponerse en contacto conmigo para verificar esta información. Además, entiendo que proporcionar información falsa, entiendo el suministro de informacion falsa o que posteriormente determinada que era falsa dara lugar a la elegibilidad del solicitante para el Programa de Escala de Descuento pueda ser revocada y el saldo total de las cuentas restauradas y pagos seran requeridos inmediatamente.

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Effective: Immediately  
Approved Date: 04/29/2015