



**DECLARAÇÃO PELO
PROPRIETÁRIO/ADMINISTRADOR
STATEMENT FROM
LANDLORD/MANAGER**

ENDEREÇO POSTAL DO DSHS DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905	
NÚMERO DE TELEFONE DO DSHS	NÚMERO DE FAX DO DSHS 888-338-7410
NÚMERO DE ID DO CLIENTE/PROCESSO	DATA

PROPRIETÁRIO OU ADMINISTRADOR DA PROPRIEDADE: preencha todas as seções abaixo apenas com as informações que V. Sa. sabe serem verdadeiras. Coloque "ignorado" caso não saiba a resposta para a pergunta. (não deixe nenhum quadro em branco).

O Department of Social and Health Services (departamento serviços sociais e de saúde) está no processo de determinar se este cliente se qualifica ou não. Favor fornecer as informações solicitadas abaixo.

ASSINATURA DO ESPECIALISTA DO SETOR DE SERVIÇOS FINANCEIROS

A. Informações sobre a unidade alugada e do locatário:

1. ENDEREÇO	NÚMERO DO APARTAMENTO (APTO.)	5. NOMES DE TODOS OS ADULTOS E CRIANÇAS QUE MORAM NESTE ENDEREÇO
CIDADE	ESTADO ZIP CODE	
2. NOME DO LOCATÁRIO		Anexe outras folhas de papel caso seja necessário.
3. DATA EM QUE ELE SE MUDOU PARA O APARTAMENTO	4. TIPO DE RESIDÊNCIA	

B. Informações sobre o aluguel:

6. QUANTIA TOTAL PAGA PELO ALUGUEL	7. QUANTIA PAGA PELA AGÊNCIA DE AUXÍLIO MORADIA, CASO PERTINENTE	8. QUANTIA DE ALUGUEL PAGA PELO LOCATÁRIO	9. DATA EM QUE A QUANTIA NA SEÇÃO 8 TEVE INÍCIO
	\$	\$	
10. NOME DA(S) PESSOA(S) QUE PAGA(M) O ALUGUEL		11. NOME DA(S) PESSOA(S) QUE PAGA(M) O ALUGUEL	
12. FAVOR RESPONDER ÀS PERGUNTAS A SEGUIR			
O locatário paga apenas uma parte da quantia na seção 8? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantia: \$ _____			
O locatário trabalha para pagar uma parte da quantia na seção 8? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantia: \$ _____			
Número de horas trabalhadas por mês: _____			
De que modo o locatário paga pelo aluguel? <input type="checkbox"/> Em dinheiro <input type="checkbox"/> Cheque/Cartão de débito <input type="checkbox"/> Ordem de pagamento <input type="checkbox"/> Outros (descreva):			

C. Informações sobre os serviços públicos: assinale a(s) opção(ões) pertinente(s).

13. A principal fonte de aquecimento para esta residência é: <input type="checkbox"/> Energia elétrica <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Gás <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Outros (descrever):	16. Todos os serviços públicos estão incluídos no preço do aluguel? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Caso NEGATIVO, assinale a(s) opção(ões) pagas pelos locatários: <input type="checkbox"/> Energia elétrica <input type="checkbox"/> Água/esgoto <input type="checkbox"/> Gás <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Coleta de lixo <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Outros (descrever):		
14. Há medidores separados para o gás e a energia elétrica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
15. O locatário paga pelo uso do ar condicionado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
17. NOME DO PROPRIETÁRIO/ADMINISTRADOR	18. Nome do proprietário (caso seja diferente do proprietário/administrador)		
ENDEREÇO OU NÚMERO DE PO BOX	NOME DO PROPRIETÁRIO		
CIDADE ESTADO ZIP CODE	ENDEREÇO OU NÚMERO DE PO BOX		
NÚMERO DE TELEFONE COMERCIAL	NÚMERO DE TELEFONE RESIDENCIAL	CIDADE ESTADO ZIP CODE	
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/ADMINISTRADOR	DATA	NÚMERO DE TELEFONE COMERCIAL	NÚMERO DE TELEFONE RESIDENCIAL