**MAINSTREAM HOUSING PROGRAM APPLICATION** **Date & Time Application** **Received :** **Data & Hora candidaturas** **recebidas:**

**Return TO: COMMUNITY TEAMWORK, INC.Devolver para: COMUNIDADE TEAMWORK, INC.**

**155 MERRIMACK STREET** **155 MERRIMACK STREET**

**LOWELL, MA 01852** **LOWELL, MA 01852**

**APPLICANT CONTACT INFORMATION** **INFORMAÇÕES DE CONTATO DO APLICADOR**

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade-Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone Number :\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de telefone: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soc ial Security number :Número de Seguro Social: ­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eligibility** **:** **The Mainstream Housing Program provide** **s** **rental assistance** **for** **Non-Elderly person** **s** **with disabilities.** **Elegibilidade: O Mainstream Housing Program** **ajuda com assistência de renta** **para pessoas não idosos** **com deficiência.** **The disabled household, member** **must be** **the head of household, co-head or spouse.** **O membro de familia com deficiência, deve ser** **o chefe de família, co-chefe ou esposo(a).** **If the disabled family member is not the head of household, co-head or spouse** **,** **stop here as the family is not eligible for the Mainstream Program.Se o membro da família com deficiência não é o chefe de família, co-chefe ou esposo(a). sua familia não será elegível para o Mainstream Housing Program.**

**Does the head of household, co-head or spouse have a disability?** **O chefe de família, co-chefe ou esposo(a) tem uma deficiência?** **Yes\_\_\_\_\_** **No** **\_\_\_\_\_** **Yes\_\_\_\_\_** **Não** **\_\_\_\_\_**

**Number of family members including children** **:\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_ Total** **gross** **household income:\_\_\_\_\_\_\_\_** **Número de membros da família, incluindo crianças:** **\_** **\_\_\_\_** **O ordenado/rendimento** **bruto: \_\_\_\_\_\_\_\_**

We collect data on race & ethnicity in accordance with federal regulations. Nós coletamos dados sobre raça e etnia de acordo com os regulamentos federais. People of varies races may also be of Hispanic ethnicity. Pessoas de raças variadas também podem ser de etnia hispânica. Please indicate if you are Hispanic. Indique se você é hispânico. Your answer will not affect your application. Sua resposta não afetará sua aplicação.

\_\_\_\_\_\_White \_\_\_\_\_\_ Black/African American \_ \_\_\_\_\_American Indian/Alaskan Native Asian \_\_\_\_\_\_ Asian \_\_\_\_\_\_Branco \_\_\_\_\_\_ Preto / Africano Americano \_ \_\_\_\_\_American Indian / Nativos do Alasca Asian \_\_\_\_\_\_ Asian

\_\_\_\_\_\_Native Hawaiian/Other Pacific Islander \_\_\_\_\_\_Hawaiian / outras ilhas pacíficas.

Ethnicity \_\_\_\_\_\_ Hispanic \_ \_\_\_\_\_Non-Hispanic Etnia \_\_\_\_\_\_ hispânica \_ \_\_\_\_\_ não-hispânico

**Signature** **:\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Assinatura: \_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

As apliocaçõesCompleted applications must be returned to CTI no later than 5:00 PM on November 3, 2017 , or postmarked no later than Friday November 3, 2017. No applications will be accepted after that time.A shakhdA’;;AKLSFHKLSDKLASD\FASF preenchidas devem ser devolvidas ao CTI, até ao dia 3 de Novembro 2017 às 17:00. Aplicações não serão aceitas após esse tempo.