

居家保护计划 服务请求

尊敬的申请人：

感谢您对我们的居家保护计划的关注！要获取更多信息及完整申请表，请填写随附的服务请求。

指令：

1. 填写所附利息表，并完整填写每个部分。请打印所有信息。
2. 如果对完成服务请求有任何疑问，请致电 (510) 803-3388 或发送电子邮件至 homerepair@habitatebsv.org 与我们联系。
3. 请通过电子邮件、邮件、或传真方式将填写好的表格返回至：

Habitat for Humanity EBSV
收件人：Home Preservation Program
2619 Broadway
Oakland, CA 94612
电话：(510) 803-3388 传真：(510) 295-2103
homerepair@habitatebsv.org

后续步骤：

1. 这只是确定您是否有资格获得房屋维修帮助的第一步。这不被视为完整的申请。
2. 我们收到此表格后，人居署将在 10 个工作日内与您联系以确认收到。随后我们将发出一封信函，概述申请流程的后续步骤。
3. 在此过程中的任何时候，我们都可能要求您提供其他信息。我们将对所有信息保密。
4. 提供所有必要的其他信息后，我们将开始进行最终审查。

资格要求：

1. 拥有自己的住房。
2. 在住房中居住。
3. 赚取的收入不超过以下的最高收入水平：

2023 年最高收入取决于您家庭中的人数，不包括专职看护人								
县	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人	6 人	7 人	8 人
阿拉米达/康特拉科斯塔	\$78,550	\$89,750	\$100,950	\$112,150	\$121,150	\$130,100	\$139,100	\$148,050
圣克拉拉	\$96,000	\$109,700	\$123,400	\$137,100	\$148,100	\$158,050	\$170,050	\$181,000

请保留此页面作为记录。

居家保护计划 服务请求

第 1 部分 房主信息

申请人 1	
姓名（名字 中间名 姓氏） <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 其他	主要电话
当前地址（街道、城市、州、邮政编码）	备用电话
电子邮件	最好的联系方式是什么？ <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 主要电话
申请人 2	
姓名（名字 中间名 姓氏） <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 其他	主要电话
当前地址（街道、城市、州、邮政编码）	备用电话
电子邮件	最好的联系方式是什么？ <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 主要电话

第 2 部分 联系信息

谁是主要联系人？

房主 家人/朋友/邻居 社会工作者/个案经理 其他：_____

如果主要联系人不是房主，请在下面提供他们的联系信息：

姓名：_____ 关系：_____ 电话号码：_____ 家庭/移动/工作

地址（如果与房主不同）：_____

电子邮件：_____

如果英语不是您的首选语言，是否有会说英语的人可以根据需要在申请过程中提供帮助（如家人、朋友、邻居）？ 是 否（请在上方列出会说英语的主要联系人。）

默认情况下，我们在电话通话中使用英语。如果您更喜欢我们使用实时电话翻译服务，那么您希望以哪种语言接听电话？

西班牙语 他加禄语 越南语 广东话 普通话 印度语 其他_____

您是如何得知该计划的？_____

第 3 部分：房主优先事项

接受维修时，您首要考虑四个优先事项是什么？

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

政府监督目的相关信息

请在填写以下复选框之前阅读此声明： 联邦政府要求提供以下与购房有关的贷款信息，以便监测贷款人对平等信贷机会和公平住房法的遵守情况。您无需提供此信息，但建议您这样做。法律规定，贷款人不得基于此信息进行歧视，也不得基于您是否选择提供该信息而有任何歧视。但是，如果您选择不提供，则根据联邦法规，该放款人必须根据目视观察或姓氏记录种族和性别。如果您不希望提供以下信息，请勾选下列复选框。（贷款人必须审查上述材料，以确保披露内容符合贷款人根据适用的州法律对所申请贷款的所有要求。）

申请人 1	申请人 2
<p>种族/民族血统： <input type="checkbox"/> 我不希望提供此信息</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 亚洲人</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> 菲律宾人 <input type="checkbox"/> 亚洲印度人 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 韩国人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 其他亚洲人（例如，巴基斯坦人、柬埔寨人、苗族等） </p> <p><input type="checkbox"/> 白人</p> <p><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 <input type="checkbox"/> 查莫罗人 <input type="checkbox"/> 其他夏威夷原住民/太平洋岛民 </p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民和白人</p> <p><input type="checkbox"/> 亚裔和白人</p> <p><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人和白人</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民和黑人/非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他多种族（请注明）_____</p> <p>种族：</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 墨西哥人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔 </p> <p><input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔</p> <p>性别： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 其他</p> <p>其他： <input type="checkbox"/> 退伍军人 <input type="checkbox"/> 残障人士</p>	<p>种族/民族血统： <input type="checkbox"/> 我不希望提供此信息</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 亚洲人</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> 菲律宾人 <input type="checkbox"/> 亚洲印度人 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 韩国人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 其他亚洲人（例如，巴基斯坦人、柬埔寨人、苗族等） </p> <p><input type="checkbox"/> 白人</p> <p><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 <input type="checkbox"/> 查莫罗人 <input type="checkbox"/> 其他夏威夷原住民/太平洋岛民 </p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民和白人</p> <p><input type="checkbox"/> 亚裔和白人</p> <p><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人和白人</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民和黑人/非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他多种族（请注明）_____</p> <p>种族：</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 墨西哥人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔 </p> <p><input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔</p> <p>性别： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 其他</p> <p>其他： <input type="checkbox"/> 退伍军人 <input type="checkbox"/> 残障人士</p>

以下情况是否适用于您家中的任何成员？

残障人士 长者 18 岁以下未成年人 退伍军人