LOCAL OFFICE	TELEPHONE NUMBER
ACES CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	DATE

Washington State Department of Social & Health Services

اظهارنامه از طرف مؤجر/سرایدار
STATEMENT FROM LANDLORD/MANAGER

صاحب ملك یا سرایدار مجاز:
تمام قسمتهای زیر را فقط با اطلاعاتی که شما میدانید صحیح هستند، تکمیل کنید. سئوالاتی را که نمیتوانید پاسخ دهید، بنویسید ‹‹نامعلوم››. (هیچ خانه ای را خالی نگذارید).

اداره خدمات اجتماعی و بهداشت در جریان تصمیم گیری در باره واجد شرائط بودن این مشتری میباشد. لطفاً اطلاعات درخواست شده را در زیر ارائه دهید.

امضاء متخصص خدمات مالی

A. اطلاعات واحد کرایه شده یا لیس شده و مستأجر:

1. نشانی خیابان — شماره آپارتمان

شهر — ایالت — کد پستی

2. نام مستأجر

3. تاریخی که به واحد نقل مکان کردید

4. نوع محل مسکونی
☐ خانه ☐ دوپلکس
☐ آپارتمان ☐ دیگر

5. نام تمام افراد بالغ و کودکان که در این نشانی سکونت دارند

در صورت لزوم صفحات اضافی ضمیمه کنید

B. اطلاعات کرایه

6. نام شخص(اشخاصی) که کرایه میپردازند

7. مبلغ کرایه کنونی

8. تاریخی که این مبلغ شروع شد

9. آیا آنها توسط چك میپردازند؟
☐ آری ☐ خیر

10. به این سئوالات با گذاشتن علامت در خانه ها پاسخ بدهید:

اگر ‹‹آری›› پاسخ دادید لطفاً به سئوالات زیر پاسخ بدهید:

	آری	خیر	
آیا این مستأجر فقط قسمتی از کرایه را میپردازد؟	☐	☐	چقدر: _____
آیا این خانه مسکونی با کمك سوبسیدی میباشد؟	☐	☐	چه سازمانی: _____ چقدر: _____
آیا شخص دیگری تمام یا قسمت از کرایه را میپردازد؟	☐	☐	چه کسی _____ چقدر: _____
ایا مستأجربرای قسمتی از کرایه کار میکند؟	☐	☐	چقدر _____

C. اطلاعات خدمات عام المنفعه: خانه (هائی) را علامت بگذارید که شامل میشوند.

11. منبع اصلی حرارت برای این محل مسکونی به قرار زیر است:
☐ برق ☐ چوب
☐ گاز ☐ دیگر (مشخص کنید)
☐ پروپان

	آری	خیر
12. آیا دستگاه کنترل دیگری برای گاز و برق وجود دارد؟	☐	☐
13. آیا مستأجر برای تهویه مطبوع پرداخت میکند؟	☐	☐

14. آیا تمام خدمات عام المنفعه در مبلغ کرایه گنجانده شده اند؟
☐ آ ری ☐ خیر
اگر ‹‹نه››باشد، خانه (هائی) را که مستاجر میپردازد علامت بگذارید:
☐ برق ☐ آب/فاضل آب
☐ گاز ☐ تلفن
☐ پروپان ☐ زباله
☐ چوب
☐ دیگر (مشخص کنید)

15. نام مؤجر/سرایدار

نشانی خیابانی یا شماره صندوق پستی

شهر — ایالت — کد پستی

شماره تلفن کار — شماره تلفن خانه

امضاء مؤجر/سرایدار — تاریخ

16. نام صاحب ملك
(اگر از مؤجر/سرایدار فرق دارد)

نام مالك

نشانی خیابانی یا شماره صندوق پستی

شهر — ایالت — کد پستی

شماره تلفن کار — شماره تلفن خانه

FSS: پشت این فرم را تکمیل کنید

باید توسط متخصص خدمات مالی تکمیل شود:

TO BE COMPLETED BY FINANCIAL SERVICES SPECIALIST:

	YES	NO	N/A
Is this form completely filled out, signed, and dated by the landlord?	☐	☐	
If no, did you take any other action?	☐	☐	
Are you able to determine shelter and utility expenses?	☐	☐	
If no, did you request additional verification from the client?	☐	☐	
Is only one household living at this address?	☐	☐	
If no, did you request verification of household composition and other information?	☐	☐	
Did the landlord provide information that is consistent with the client's statement?	☐	☐	
If no, did you review the case record to determine any missing information?	☐	☐	
If the landlord is living at this address, did you request a shared living arrangement form?	☐	☐	☐