



Nurses Elderly Tower
#150 Calle Castro Viñas, San Juan, PR 00911
Tel. 787-268-5345

Solicitud Preliminar de Ingreso

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Edad

Núm. Seguro Social Tel. Residencia Celular y/u otro Teléfono
Dirección Postal: _____

Casa Propia: _____ Casa Alquilada: _____ Mensualidad: _____
¿Posee usted propiedades inmuebles? SI _____ NO _____ Si contestó que sí,
por favor describa: _____

Ingresos: _____ Ingresos: _____
Solicita usted con su cónyuge: _____ SI _____ NO

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Edad

Núm. Seguro Social Ingresos: _____

¿Solicita usted vivienda con otra persona que no sea su cónyuge? _____ SI _____ NO

Parentesco: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Edad

Núm. Seguro Social Ingresos: _____

Como se entró del Proyecto: _____

SI ADEMÁS DE LOS INGRESOS ARRIBA INDICADOS RECIBE ALGÚN OTRO INGRESO, INFORME LA CANTIDAD DE DICHO INGRESO Y A QUE CORRESPONDE.

Concepto y Cantidad: _____ Concepto y Cantidad: _____

Concepto y Cantidad: _____ ¿Con qué regularidad recibe estos ingresos?:

____ Mensual ____ Quincenal ____ Bisemanal ____ Semanal

Firma del Solicitante Fecha de Solicitud Preliminar

PARA USO EXCLUSIVO DE NURSES ELDERLY TOWER NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Cualifica para Solicitar: _____ SI _____ NO
Cualifica por Composición Familiar: _____ SI _____ NO
Cualifica por Ingreso: _____ SI _____ NO

Firma del Gerente Fecha Hora Turno Hora de Salida