



2160 41<sup>st</sup> Avenue, Capitola, CA 95010

Phone: (831) 454-9455

Fax: (831) 469-3712

This form may be returned via mail or fax.

### CAMBIO EN EL NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

Persona principal de la familia: \_\_\_\_\_ No. de referencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### MIEMBROS DE LA FAMILIA AGREGADOS

Complete esta sección para **TODOS** los **NUEVOS** miembros de la familia solamente.

Nombre legal	Fecha de nacimiento	Relación con la persona principal de la familia

\_\_\_\_\_ *SÍ* Los miembros de familia mencionados arriba son **APROBADOS** para residir en la unidad.

\_\_\_\_\_ *NO* Los miembros de familia mencionados arriba **NO SON APROBADOS** para residir en la unidad.

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_ Telefonó: \_\_\_\_\_

Firma del propietario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### MIEMBROS QUITADOS

Complete esta sección para comunicar todos los miembros de la familia que se han mudado de la unidad.

Nombre(s)

Se le comunica que el miembro(s) de familia mencionado(s) arriba se han mudado de la residencia.

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_ Telefonó: \_\_\_\_\_

Firma del propietario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### FIRMA REQUERIDA

**Certifico que la información provista es verdadera, completa, y correcta según mi conocimiento.**

**X**  
\_\_\_\_\_  
Firma de la persona principal de la familia

\_\_\_\_\_  
Fecha