



PO Box 261125 San Juan, P.R. 00926-2635  
Tel. (787)748-7076 Fax (787) 760-0776  
Email: [oficinacentral@atriumpr.net](mailto:oficinacentral@atriumpr.net)

**Égida del Médico**

#1155 Km. 8.3, Calle 2  
Bayamón PR 00959

**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: \_\_\_\_\_

***SI ADEMÁS DE LOS INGRESOS ARRIBA INDICADOS RECIBE ALGUN 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    \_\_\_\_Bi-Semanal    \_\_\_\_Semanal

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud Preliminar

***PARA USO EXCLUSIVO DE LA CIUDAD DEL RETIRO - 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