

Fecha de recepción: _____
(Sólo para uso oficial)



Chester Commons Solicitud de Lista de Espera

1 School St. Chester, MA 01011

Para información: (413)296-4536 x 105



Programa de Igualdad de Oportunidades en la Vivienda

Entrega: Hilltown Community Development Corporation, 387 Main Road, Chesterfield MA 01012

Enviar por correo a: Hilltown CDC, PO Box 17, Chesterfield, MA 01012

Correo electrónico: kristephers@hilltowncdc.org

Fax: 413 - 296 - 4020

Toda la información proporcionada en este documento es privada y confidencial y para el uso del propietario y el agente en el procesamiento de esta solicitud. Hilltown CDC no discrimina ni discriminará por motivos de raza, color, religión (credo), género, expresión de género, edad, origen nacional (ascendencia), discapacidad (excepto que a los individuos discapacitados se les dará preferencia para las unidades de necesidades especiales), estado civil, estado familiar, orientación sexual o estado militar, en ninguna de sus actividades u operaciones.

Puede pedir ayuda para rellenar esta solicitud. Si es necesario, las personas con discapacidades pueden pedir esta solicitud en letra grande u otros formatos alternativos.

El alojamiento en Chester Commons está limitado a familias con al menos un miembro mayor de 55 años o un miembro con discapacidad. Esta solicitud debe rellenarse por completo y debe presentarse la documentación pertinente para asegurar una plaza en la lista de espera.

Nombre del jefe de familia: _____

Dirección: _____

Dirección postal (si es diferente al domicilio): _____

Número de teléfono (home): _____ **(celular):** _____ **Email:** _____

Por favor, enumere todas las personas del hogar:

Nombre legal completo de cada persona del hogar	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de la Seguridad Social	Veterano S/N	¿Estudiante a tiempo completo? S/N
Jefe:	Yo mismo					

Tamaño del apartamento solicitado: Estudio: _____ 1 habitación: _____

Actualmente alquila _____, es dueño de su casa _____, u otro _____ (por favor, marque uno)

En caso de otro, por favor explique _____

Tiempo en la Dirección actual: _____ (años, meses) Importe actual del alquiler \$ _____

¿Los servicios públicos están incluidos? Si ___ No ___ En caso negativo, indique lo que paga _____

¿Tiene un vale de elección de vivienda? Si ___ No ___

¿Tienes mascotas? Si ___ No ___ Si la respuesta es SÍ, describa e indique el peso aproximado de los animales _____

Se requiere una solicitud por separado para las mascotas y se proporcionará a petición.

Nombre del propietario actual: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Su dirección anterior: _____

Nombre del propietario anterior: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Renta: \$ _____ Tiempo alquilado: _____ (años, meses)

Servicios públicos pagados: _____

¿Por qué quiere trasladarse? _____

Indique tres referencias personales (no familiares)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Ha sido usted o algún miembro de su familia que vaya a vivir en la unidad condenado alguna vez por un delito grave? Si ___ No ___ Si la respuesta es SÍ, indique la(s) fecha(s) y los detalles: _____

¿Usted o algún miembro de su familia que vaya a vivir en la unidad tiene algún asunto penal pendiente? Si ___ No ___ Si la respuesta es SÍ, facilite los detalles: _____

Utilice este espacio para indicarnos cualquier cosa adicional sobre su solicitud/hogar/circunstancias:

Certificación: Su(s) firma(s) a continuación certifica(n) que las declaraciones hechas anteriormente son verdaderas, correctas y da(n) su consentimiento a la dirección para verificar la información contenida en esta solicitud escrita.

Firma del solicitante N° 1: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante N° 2: _____ Fecha: _____

¿Cómo se enteró de esta oportunidad de vivienda?

Periódico: _____ Conduciendo por: _____ Amigo: _____

Otro: _____

¿Necesita alguna característica especial o acomodos debido a una discapacidad?

Si _____ No _____

¿Algún miembro de la familia tiene derecho y desea una unidad adaptada a la movilidad?

Si _____ No _____

¿Algún miembro del hogar requiere utilizar una silla de ruedas?

Si _____ No _____

¿Algún miembro del hogar requiere que la unidad esté especialmente adaptada debido a una discapacidad sensorial (por ejemplo, sordera, ceguera)?

Si _____ No _____

Las personas discapacitadas tienen derecho a solicitar ajustes razonables de las normas, políticas, prácticas o servicios o pueden solicitar una modificación razonable de la vivienda cuando sea necesario para permitir a la persona discapacitada la igualdad de oportunidades para utilizar y disfrutar de la vivienda.

Las siguientes preguntas son voluntarias y no se utilizarán para calificar a los solicitantes.

La información que se solicita a continuación con respecto a la designación de la raza, el origen nacional y el sexo en esta solicitud se pide para garantizar a las agencias gubernamentales que el Propietario cumple con las leyes que prohíben la discriminación contra los inquilinos solicitantes en función de la raza, el color, el origen nacional, la religión, el sexo, la situación familiar, la edad y la capacidad.

Raza (marque todo lo que corresponda)

Asiático/Isleño del Pacífico: _____ Indio americano/nativo de Alaska: _____

Afroamericano: _____ Blanco/Caucásico: _____

Etnia

Hispano: _____ No hispano: _____

Certificación de Ingresos

Una parte requerida del proceso de solicitud y de la renovación anual del contrato de arrendamiento es completar un Certificado de Ingresos y Bienes. Todos los ingresos y activos de los miembros del hogar mayores de 18 años deben ser reportados y documentados.

En el momento de la solicitud, presente una copia de su declaración de impuestos federales más reciente. Si no presenta declaraciones de impuestos, marque aquí: _____

Si recibe la Seguridad Social, presente una copia de la carta de concesión de prestaciones más reciente.

Enumere sus fuentes de ingresos y el importe **bruto** de los mismos en los espacios siguientes (por ejemplo, seguridad social, pensión, salarios, ingresos por intereses, etc.)

Solicitante N° 1:

Fuente de ingresos: 1. _____ Importe mensual: _____

2. _____ Importe mensual: _____

3. _____ Importe mensual: _____

Solicitante N° 2:

Fuente de ingresos: 1. _____ Importe mensual: _____

2. _____ Importe mensual: _____

3. _____ Importe mensual: _____

Tenga en cuenta que todas las unidades de Chester Commons tienen límites de ingresos brutos anuales que deben ser iguales o inferiores a la cantidad de personas en el hogar en el momento de la aceptación.

1 Persona: \$47,150 **2 personas:** \$53,850

La información dada en esta solicitud se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para la participación en las listas de espera de Chester Commons y puede requerirse una verificación adicional de los ingresos antes de cualquier oferta de arrendamiento. Toda la información será confidencial. Este es un programa de igualdad de oportunidades. La discriminación está prohibida por la Ley Federal.

Yo/Nosotros, _____, viviendo en _____

certifico que mis/nuestros ingresos brutos anuales del hogar son iguales o inferiores a los indicados para la cantidad de personas de mi/nuestro hogar, y entiendo que esta declaración está sujeta a verificación:

Una persona

Dos personas

Menor a \$47,150 ____

Menor a \$53,850 ____

Mayor a \$47,150 ____

Mayor a \$53,850 ____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Certificación del solicitante.

Por favor, lea antes de firmar a continuación.

Certifico/certificamos que la información dada en esta solicitud es verdadera y completa a mi/nuestro leal saber y entender. Yo/nosotros certifico/certificamos que entiendo/entendemos que las declaraciones falsas en la información son punibles bajo la ley estatal o federal aplicable.

Yo/nosotros entendemos que esto no es una oferta de vivienda. Basado en esta solicitud yo/nosotros entendemos que no debemos hacer planes para mudarnos o terminar la tenencia actual hasta que se nos presente una oferta por escrito de Hilltown CDC. Yo/nosotros entendemos que es mi/nuestra responsabilidad informar a Hilltown CDC de cualquier cambio de dirección, ingresos o composición del hogar. Autorizo a Hilltown CDC a verificar la información dada en esta solicitud y entiendo que las declaraciones falsas o tergiversaciones pueden dar lugar a la denegación de mi/nuestra solicitud. Entiendo que Hilltown CDC realizará verificaciones de antecedentes de los solicitantes (puede solicitar una copia de la política de selección de Hilltown CDC).

Todos los solicitantes mayores de 18 años deben firmar a continuación. Firmado bajo penas y sanciones de perjurio.

Firma del jefe de familia

Fecha

Firma del co-solicitante

Fecha

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN
Y EXENCIÓN DE PRIVACIDAD

Por la presente notifico que yo _____, con dirección en _____ autorizo al personal de la Corporación Hilltown Community Development a solicitar mis datos e información, incluyendo la cantidad y la fuente de mis ingresos, gastos médicos y relacionados con el trabajo, informes de crédito y otra información confidencial.

Este documento, o una copia o facsímil del mismo, tendrá validez durante 12 meses a partir de la fecha abajo

Firma

Fecha



PROGRAMA DE VIVIENDA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

