

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_  
(Sólo para uso oficial)



## Apartamentos Village Center Solicitud de Lista de Espera

Chesterfield, MA 01012 Haydenville, MA 01039  
Williamsburg, MA 01096

Para información: 413 – 296 – 4536 x 105



¿Por qué lugares está interesado? Marque todas las que correspondan:

Chesterfield: \_\_\_\_\_ Haydenville: \_\_\_\_\_ Williamsburg: \_\_\_\_\_

**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.*

*Esta solicitud debe rellenarse por completo y debe presentarse la documentación pertinente para obtener 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: \_\_\_\_\_ 2 habitaciones: \_\_\_\_\_ 3 habitaciones: \_\_\_\_\_ 4 habitaciones: \_\_\_\_\_

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 acomodados 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

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: \_\_\_\_\_

*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	Tres personas	Cuatro personas	Cinco personas
\$17,700 ____	\$20,200 ____	\$22,750 ____	\$26,500 ____	\$31,040 ____
\$29,450 ____	\$33,650 ____	\$37,850 ____	\$42,050 ____	\$45,450 ____
\$35,340 ____	\$40,380 ____	\$45,420 ____	\$50,460 ____	\$54,540 ____
Mayor a \$35,340 ____	Mayor a \$40,380 ____	Mayor a \$45,420 ____	Mayor a \$50,460 ____	Mayor a \$54,540 ____

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*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.*

**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

