

Solicitud de alquiler

Bostwick Gardens, LLC
899 Main St
Gt. Barrington, MA

Agente de gestión:
Berkshire Housing Services, Inc.
One Fenn Street, 3rd Floor
P.O. Box 1180
Pittsfield, MA 01202-1180
P 413.499.4887
F 413.445.7633
TTY/TTD

El agente proporcionará ayuda para revisar y completar esta solicitud. Si es necesario, las personas con discapacidad pueden solicitar esta solicitud en letra grande u otros formatos alternativos.

Por favor, indique el tamaño del dormitorio que

está solicitando: Estudio
Un dormitorio
Dos dormitorios
Hándicap de un dormitorio
Handicap de dos dormitorios

¿Necesita una Unidad Adaptada Auditiva/Visual? Sí No

1) SOLICITANTE DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE:
CALLE
CIUDAD
ESTADO
CÓDIGO POSTAL
TEL. # BUS. TEL. #
Correo electrónico

2) Designación racial y étnica (Sección opcional: La información se utilizará solo para programas de vivienda justa, según lo exijan las leyes estatales y federales).

Raza: Blanco (no de origen hispano) Indio americano/nativo de Alaska
Asiático o isleño del Pacífico Negro (No de origen hispano)
Hispánico Otro:

3. Historial de alquileres (por favor, proporcione un mínimo de 5 años de historial de alquiler)

Propietario actual: _____ Teléfono #: _____
 Dirección: _____ Alquiler mensual: _____
 _____ Utilidades incluidas _____

Fechas de ocupación: De _____ Para _____
 ¿Por qué quieres dejar esta dirección? _____

Dirección anterior: _____

Propietario anterior: _____
 Dirección: _____

 Teléfono #: _____

Fecha de ocupación: De _____ Para _____
 ¿Por qué dejaste esta dirección? _____

Dirección anterior: _____

Propietario anterior: _____
 Dirección: _____

 Teléfono #: _____

Fecha de ocupación: De _____ Para _____
 ¿Por qué dejaste esta dirección? _____

4. Miembros de la familia: Por favor, enumere a todos los que ocuparán el apartamento. INCLÚYETE a ti mismo.

Nombre completo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento o	Relación con el Jefe de Hogar	Sexo	Estudiante de tiempo completo Sí o no (indicar a continuación)

¿Se espera un cambio en el hogar? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio?: _____

5. **Ingreso.** Por favor, enumere todo el dinero que ganará o recibirá en los próximos doce meses cada miembro del hogar; incluyendo estudiantes a tiempo completo, como el bienestar, salario, seguridad social / SSI, pensión, TANF, asistencia pública, desempleo, beneficios por discapacidad, manutención de los hijos, pensión alimenticia, Anualidades, Dividendos, ingresos de la propiedad de alquiler, pago militar, Becas o otras subvenciones. **Si está cobrando beneficios bajo otro número de seguro social, por favor enumere el número de reclamo aquí.**

Miembro del hogar	Tipo de Ingreso/Frecuencia	Fuente	Bruto mensual renta (antes de impuestos)

6. Todos los activos de cualquier miembro de la familia deben ser reportados. Activo incluir: cuentas corrientes, cuentas de ahorro, Certificados de depósito, Mercados monetarios, Existencias, Bonos, Participaciones inmobiliarias, y pólizas de seguro de vida.: SI NO TIENE ACTIVOS, COMPLETE LA PÁGINA 6.

Proporcione el nombre de los bancos o cualquier compañía aplicable y el valor / cantidad aproximada del activo.

Miembro del hogar	Tipo de activo		

¿Ha vendido alguna propiedad o eliminado algún activo por menos del valor justo de mercado en los últimos dos años? ___ Sí ___ No

<u>Tipo de activo</u>	<u>Fecha de eliminación</u>	<u>Valor justo de mercado</u>	<u>Importe Recibido</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. Para ser considerado para la elegibilidad, el solicitante o cónyuge debe tener al menos 62 años de edad, a menos que tenga una discapacidad de movilidad que requiera un apartamento accesible para discapacitados. Si usted o su cónyuge necesitan una unidad accesible para discapacitados debido a una movilidad menoscabo por favor verifique aquí:

Además, enumere el nombre de su médico para que podamos verificar que necesita este tipo de apartamento.

Nombre: _____

Dirección: _____

8. ¿Algún miembro del hogar tiene alguna solicitud de accesibilidad o adaptación razonable o cambios en una unidad o desarrollo o formas alternativas que necesitamos comunicarnos con usted? _____

9. Sí ___ No ___ En caso afirmativo, por favor explique _____

10. **Expensas:** ¿Paga por el cuidado infantil de cualquier niño menor de 13 años, un asistente de cuidado o cualquier equipo para un miembro del hogar discapacitado, que le permita a usted u otro miembro de la familia trabajar o ir a la escuela? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, complete el tipo de gasto y la cantidad que espera gastar en esta atención en los próximos doce meses: _____

¿Paga por algún gasto médico que no esté cubierto por el seguro? Esto incluye las primas de seguro. ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, enumere la cantidad: _____

11. **Nota: Si no puede proporcionar una referencia de propietario u otra referencia de vivienda, proporcione referencias de caracteres. Deben haberlo conocido durante un (1) año o más y no estar relacionados con usted.**

Nombre de la referencia del carácter _____

Teléfono _____ Dirección _____

Nombre de la referencia del carácter _____

Teléfono _____ Dirección _____

12. ¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha recibido algún programa de asistencia de vivienda estatal o federal? ***Los solicitantes que tenían 62 años o más al 31/1/2010 y que no tienen un SSN y estaban recibiendo asistencia de alquiler de HUD en otra ubicación el 31/1/2010 podrían calificar al solicitante para la exención de divulgar y proporcionar verificación de un SSN.**

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, nombre del jefe de hogar en ese momento: _____

Relación con el solicitante actual: _____

Nombre de la Autoridad o Agencia de Vivienda: _____

Dirección de la Unidad Subvencionada: _____

Ciudad, Estado: _____

Fecha de salida : _____

Motivo de la mudanza: _____

¿Te fuiste como inquilino en buen estado: ___ Sí ___ No

En caso negativo, sírvase explicar: _____

Si respondió afirmativamente a la pregunta 9, ¿alguna vez se ha cancelado su asistencia por fraude, ___ Sí ___ No

¿Pago del alquiler o falta de cooperación con los procedimientos de recertificación?
___ Sí ___ No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha sido arrestado o condenado por un delito? ¿Se requiere que algún miembro del hogar se registre como delincuente sexual bajo la ley estatal de Massachusetts o cualquier otra ley estatal? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, enumere los nombres de las personas y los requisitos de registro. (Se requiere el lugar y la duración del registro. _____)

NOTA: La falta de respuesta completa a estas preguntas puede resultar en el rechazo o denegación de esta solicitud.

¿Su vivienda actual causa problemas de accesibilidad o otros problemas para algún miembro del hogar?
¿Quién tiene una discapacidad? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, sírvase describir _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sufrido amenazas reales o de violencia física por parte de un cónyuge u otro miembro del hogar? En caso afirmativo, sírvase proporcionar
Detalles _____

13. ¿Cómo te enteraste de Bostwick Gardens? _____

14. Se admiten mascotas en estos desarrollos de acuerdo con BHSI's Política de mascotas. Si tiene o tendrá una mascota, marque la casilla:

___ Por favor, envíeme una copia de la Política de Mascotas.

15. ¿Eres dueño de un coche? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, indíquese el año y el modelo _____

PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____
Relación _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Número de teléfono _____

**SIN CERTIFICACIÓN DE
ACTIVOS**

**POR FAVOR, COMPLETE ESTO SOLO SI NO TIENE ACTIVOS. DE LO CONTRARIO,
COMPLETE LA SECCIÓN DE ACTIVOS REQUERIDOS EN LA PÁGINA 3.**

Esto certificará que no tengo activos de ningún tipo. Si adquiero cualquier activo como ahorros, cheques, acciones, bonos, bienes raíces o cualquier otro activo, notificaré a Berkshire Housing Services, Inc. de inmediato.

FIRMA

FECHA

Los apartamentos son financiados por el Estado de Ma a través de varios programas, incluido el Programa Federal de Crédito Tributario para Viviendas de Bajos Ingresos y / o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos. Los solicitantes serán seleccionados sin tener en cuenta la raza, el credo religioso, el sexo, el origen nacional, la identidad de género, la orientación sexual, la información genética, la ascendencia, el estado militar, el estado familiar, la recepción de asistencia pública o la discapacidad. Las personas discapacitadas tienen derecho a solicitar una adaptación razonable de las reglas, políticas, prácticas o servicios o a solicitar una modificación razonable de la vivienda cuando dichas adaptaciones sean necesarias para brindar a una persona discapacitada la misma oportunidad de usar y disfrutar de la vivienda. (Un cambio solicitado que impondría una carga financiera y administrativa indebida al proveedor de vivienda, o que alteraría fundamentalmente la naturaleza de las operaciones del proveedor generalmente no se consideraría "razonable"). Previa solicitud, se harán adaptaciones razonables a las reglas, políticas, prácticas y servicios que los hagan accesibles y permitan animales de asistencia cuando brinden a los inquilinos igualdad de oportunidades de vivienda.

Las personas que no hablan inglés como su idioma principal y que tienen una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o entender el inglés tienen derecho a asistencia lingüística con respecto a un tipo particular de servicio, beneficio o encuentro. La asistencia se proporcionará de acuerdo con el Plan de Asistencia Lingüística de Berkshire Housing, una copia de la cual se incluye en el Plan de Selección de Inquilinos para Bostwick Gardens.

Entiendo que esta aplicación no es una oferta de vivienda. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Berkshire Housing por escrito cualquier cambio de dirección, ingresos o composición familiar. Al firmar esta solicitud, estamos dando permiso para que el personal de Berkshire Housing verifique cualquier información en esta solicitud, realice una verificación de crédito y antecedentes penales. Toda la información se considera de naturaleza confidencial. Se proporcionará información adicional si se solicita. Yo/nosotros entendemos que cualquier declaración falsa o tergiversación es punible por las leyes estatales y federales. Certificamos que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender. Yo/ Entendemos que si me contactan con respecto a estos programas y yo/nosotros no respondemos, mi nombre será eliminado de la lista de espera. Certificamos que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender. Yo/nosotros certificamos que hemos recibido un aviso del agente de administración que describe el derecho a adaptaciones razonables para personas con discapacidades.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA



Sección 8
Programa de vales basado en proyectos



Complete y devuelva a:

**Berkshire Housing
Development Corporation**
One Fenn Street, 3rd Floor
Pittsfield, MA 01201

(413) 499-4887

Solo para uso de la
agencia:
Sello de fecha/hora
Número de control

Pre-Solicitud de Asistencia de Vivienda



Por favor, escriba claramente con tinta. Todos los campos son obligatorios. Envíe este formulario únicamente. No se aceptarán solicitudes incompletas, fotocopiadas, enviadas por correo electrónico o por fax. Si ya está en nuestra lista de espera de la sección 8 basada en inquilinos, su registro se actualizará con la información que proporcione a continuación. Debido al volumen de solicitudes recibidas, no verificaremos la recepción de solicitudes en el centro comercial. No podemos responsabilizarnos por material ilegible o faltante como resultado de la transmisión por fax o correo electrónico o pérdida/retraso a través del correo.

¡IMPORTANTE!

Un tercio de todos los solicitantes se eliminan de la lista de espera debido a cambios de dirección no informados. No dejes que esto suceda para ti. Informe cualquier cambio de dirección por escrito a la agencia mencionada anteriormente.

Información del jefe de familia

Número de seguridad social		Teléfono (incluir código de área)		
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido		
Dirección de domicilio		Ciudad/Pueblo	Estado	Código postal
Nombre del refugio	Dirección del refugio	Ciudad/Pueblo	Estado	Código postal

Información familiar

Escriba la cantidad aproximada del ingreso anual bruto (antes de impuestos) de su familia. Incluya todas las fuentes para todos los miembros de la familia.

Ingreso familiar anual \$ _____

Indique el cabeza de familia y todos los demás miembros que vivirán en la unidad. Dé la relación de cada miembro de la familia con el jefe. Por ejemplo: cónyuge/pareja, hijo, hija, tía, abuela, etc..

Primer nombre	Apellido	relación con el hogar	Fecha de nacimiento	la edad	Sexo	Número de seguridad social
		Jefe de hogar				

Si tiene más de ocho miembros de la familia, marque aquí [] y anótelos en una hoja de papel separada.

Bolo para uso de la agenda. Número de miembros del hogar
Hogar Dormitorio Tamaño: soltero 1BR 2BR 3BR 4BR 5BR

Marque si el jefe de familia o cónyuge es: 62 años o más discapacitada
Verifique si alguien en el hogar requiere una unidad accesible para sillas de ruedas

Recopilamos datos sobre raza y etnia de acuerdo con las regulaciones federales. Las personas de varias razas también pueden ser de etnia hispana. Indique si es hispano. Sus respuestas no afectarán su solicitud.

Raza del cabeza de familia (puede elegir más de una de las siguientes)

Blanco Negro / afroamericano indio americano/nativo de Alaska Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico
Asiático

origen étnico del jefe de hogar (Marque solo uno)

Hispano no-Hispano

¿Cuál es su situación actual de vivienda? (Marque solo una casilla)

- estoy sin hogar
- Vivo en viviendas precarias
- He sido desplazado involuntariamente por un incendio, una inundación u otro desastre natural
- pago más del 50% de mis ingresos mensuales por alquiler y servicios públicos
- yo vivo en un refugio
- Estoy doblado con amigos o familiares
- yo vivo en viviendas públicas
- Vivo en un programa de vivienda de transición
- vivo en vivienda protegida
- Otro (describir)

Ubicación de los apartamentos basados en proyectos

De la lista a continuación, margue la casilla junto a las comunidades donde le gustaría vivir. No elija una comunidad a menos que piense que realmente viviría allí. Aplicar a cada propiedad ralentiza el proceso de admisión para todos. Solo verifique las propiedades que tengan apartamentos apropiados para el tamaño de su hogar. Si selecciona una propiedad de la lista a continuación que no es elegible para ocupar, no se agregará a esa lista de espera. La agencia de vivienda tomará la determinación final de elegibilidad en base a la información familiar que usted proporcione en esta presolicitud. Si necesita un apartamento más grande como adaptación razonable para una discapacidad, comuníquese con la agencia mencionada anteriormente para obtener ayuda para completar este formulario.

Las unidades de ocupación de habitación individual (SRO) y ocupación de habitación individual mejorada (ESRO) son solo para una persona. Las unidades SRO suelen tener baños compartidos y es posible que no tengan cocina o tengan una cocina compartida. Las unidades ESRO tienen baños privados y pueden tener cocinetas. Si usted es un hogar de una sola persona y no es anciano o discapacitado, solo puede elegir propiedades que tengan unidades SRO y ESRO. Los apartamentos tipo estudio no tienen un dormitorio separado, pero tienen una cocina completa. Los apartamentos para personas mayores son para personas de al menos 62 años de edad. Los apartamentos con servicio de apoyo brindan ciertos servicios a los inquilinos y usted debe tener una necesidad documentada de los servicios de apoyo que se ofrecen en estos

propiedades Las propiedades que tienen apartamentos accesibles para sillas de ruedas  logotipo - contáctenos para más están marcadas con la información sobre los tamaños de habitaciones disponibles para estos apartamentos.

NOTA: Cualquier proyecto enumerado a continuación como cerrado está temporalmente cerrado para nuevos solicitantes, hasta nuevo aviso. PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE CÓMO SOLICITAR PROPIEDADES ADICIONALES BASADAS EN PROYECTOS CON LISTAS DE ESPERA MANTENIDAS POR EL PROPIETARIO, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON LA CORPORACIÓN DE DESARROLLO DE VIVIENDA DE BERKSHIRE AL (413) 499-4887.

✓	Comunidad	Propiedad /Calle	Number of Units by Bedroom Size									
			 Solo ancianos	Servicios de apoyo proporcionados	SRO	ESRO	Estudio	1 BR	2 BR	3 BR	4+ BR	
<input type="checkbox"/>	Lee	57 Main Street							2	2		
<input type="checkbox"/>	Pittsfield	Rice Silk Mill 55 Spring Street								3	2	
<input type="checkbox"/>	Pittsfield	YMCA				30						
<input type="checkbox"/>	Pittsfield	Brattlebrook Village							5	3		
<input type="checkbox"/>	Gt. Barrington	Bostwick Gardens		Yes	Yes				6	2		
<input type="checkbox"/>	Gt. Barrington	Bentley Apts			Yes				3	3	2	
<input type="checkbox"/>	*Gt. Barrington	Hillside Ave Apts							2	2	1	
<input type="checkbox"/>	Williamstown	Cole Ave Apts								4	4	

*Los solicitantes que cumplan con una preferencia específica del proyecto serán seleccionados primero. Se le enviará por correo información sobre cómo calificar para una preferencia. Esta lista de viviendas se actualiza periódicamente. Para obtener información sobre la disponibilidad de nuevos apartamentos o apartamentos en otras partes del estado, llame al número que se encuentra en la parte superior de este formulario o visite el sitio web del Centro de Educación para el Consumidor de Vivienda en www.masshousinginfo.org.

Certificación del Solicitante

Por favor, lea esta declaración con mucho cuidado. Al firmar, usted acepta sus términos.

Por la presente certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud previa es verdadera y precisa.

Entiendo que:

- ✓ ✓ cualquier tergiversación o información falsa resultará en la cancelación o denegación de mi solicitud, o en la terminación de la asistencia de vivienda;
- ✓ ✓ esta es una solicitud previa para asistencia de alquiler basada en proyectos a través del DHCD y sus agencias administrativas regionales y no es una oferta de vivienda;
- ✓ ✓ en el momento en que ascienda a la parte superior de las listas de espera, se me pedirá que proporcione una verificación de la información que proporcioné aquí, de acuerdo con las normas federales de vivienda y la política del DHCD;
- ✓ ✓ es mi responsabilidad notificar por escrito a cualquiera de las agencias administrativas regionales del DHCD sobre cualquier cambio de dirección y mi solicitud puede ser cancelada si no lo hago;
- ✓ ✓ es mi responsabilidad notificar por escrito a cualquiera de las agencias administrativas regionales del DHCD sobre cualquier cambio en el tamaño o la composición de la familia que pueda afectar la cantidad de habitaciones que requiere mi familia y si no lo hago, puede afectar mi lugar en la lista de espera;
- ✓ mi participación en el programa de vivienda de la Sección 8 está sujeta a que sea elegible y cumpla con las regulaciones de HUD y DHCD; y que estaré sujeto a una verificación de antecedentes penales.

Acepto que DHCD pueda compartir mi información con otras agencias estatales con el fin de determinar la elegibilidad del programa.

Signature of head of household

Date