

BERKSHIRE HOUSING SERVICES, INC.
 Aplicación Christian Hill Commons
 1 Fenn St., 3rd Floor
 P.O. Box 1180
 PITTSFIELD, MASSACHUSETTS 01202-1180
413-499-4887
413-445-7633 (FAX)

**PROPIEDAD
 LIBRE DE HUMO**

El agente proporcionará ayuda para revisar este documento. 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:

Un dormitorio ___ Cuatro dormitorios _____
 Dos dormitorios ___ Oído/Visual Adaptado Unidad
 Tres dormitorios ___ Sí ___ No ___

1) SOLICITANTE _____ DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE _____
 CALLE _____
 CIUDAD _____
 ESTADO _____
 ZIP _____
 TEL. # _____ BUS. TEL # _____

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 _____
 Negro asiático o isleño del Pacífico (no de origen hispano) _____
 Hispanic _____

Nota: Previa solicitud al Agente, tiene derecho a recibir un Plan de Selección de Inquilinos (con Inserción de Descripción del Programa) que resume el proceso de solicitud de inquilino, elegibilidad y requisitos de selección, para la ocupación en esta propiedad.

3) **Historial de alquiler** (proporcione un mínimo de 5 años de historial de alquiler)

Propietario actual: _____ Teléfono _____
 Dirección: _____ Renta Mensual _____
 _____ Utilidades Incluida _____

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

Dirección anterior: _____

Propietario anterior: _____
 Dirección: _____

 Teléfono #: _____

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

Dirección anterior: _____

Propietario anterior: _____
 Dirección: _____

 Teléfono #: _____

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

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

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

¿Se espera un cambio en el hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio: _____

5) **Ingresos.** Por favor, enumere todo el dinero que ganará o recibirá en los próximos doce meses cada miembro del hogar; incluyendo estudiantes de tiempo completo, como bienestar, salarios, seguridad social / SSI, pensión, TANF, asistencia pública, desempleo, beneficios por desempleo, manutención de los hijos, pensión alimenticia, anualidades, dividendos, ingresos de propiedad de alquiler, pago militar, becas u 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	Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos)

6) Todos los activos de cualquier miembro de la familia deben ser reportados. Los activos incluyen: cuentas de cheques, cuentas de ahorro, certificados de depósito, mercados monetarios, acciones, bonos, tenencias de bienes raíces y pólizas de seguro de vida. : SI NO TIENE ACTIVOS, ÍNTEGRO LA PÁGINA 5.

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 enajenación</u>	<u>Valor justo de mercado</u>	<u>Importe Recibido</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7) ¿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?
 ___ Sí ___ No En caso afirmativo, por favor explique _____

8) **Nota: Si no puede proporcionar una referencia del propietario u otra referencia de vivienda, proporcione referencias de caracteres. Deben haberlo conocido por 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 _____

- 9) **Gastos:** ¿Paga por el cuidado infantil de niños menores 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, por favor enumere la cantidad: _____

- 10) ¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha recibido algún programa estatal o federal de asistencia para la vivienda? 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, por favor explique: _____

- Si respondió afirmativamente a la pregunta 10, ¿alguna vez se ha cancelado su asistencia por fraude, falta de pago del alquiler o falta de cooperación con los procedimientos de recertificación? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

- 11) ¿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 Massachusetts la ley estatal o cualquier otra ley estatal? Sí No

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

NOTA: Una failure para responder completamente a estas preguntas puede resultar en rechazo o denegación de esta solicitud.

- 12) ¿Alguna vez has sido desplazado de tu hogar? Sí____ No____ En caso afirmativo, sírvase
cribe _____

- 13) ¿Su apartamento actual contiene violaciones del código de salud? Sí____ No____ En caso
afirmativo, describe _____

- 14) ¿Es su apartamento actual demasiado pequeño para su familia? Sí ___ No ___
- 15) ¿Su vivienda actual causa problemas de accesibilidad u otros problemas para cualquier miembro del hogar que tenga una discapacidad? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, describe _____
- 16) ¿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 details _____
- 17) ¿Cómo se enteró de este complejo de apartamentos? _____
- 18) Se permiten mascotas en estos desarrollos de acuerdo con la Política de mascotas de Berkshire Housing Services, Inc. Si tiene o tendrá una mascota, marque la casilla:
 Por favor, envíeme una copia de la Política de Mascotas.
- 19) ¿Tienes un coche? ___ Sí ___ No
 En caso afirmativo, indique el año y el modelo _____

PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Zip _____

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 la Agencia de Financiamiento de vivienda de Massachusetts y se alquilan sin tener en cuenta la raza, el color, la religión, el sexo o el origen nacional, la discapacidad o el estado familiar. La ley federal prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. 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.

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 creemos 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

 FECHA




Solicitud para el Programa de Vales de Alquiler de Massachusetts (MRVP)

This box is for Office Use Only	
Date of Receipt:	_____
Time of Receipt:	_____
Control Number:	_____
Race and/or Ethnicity:	_____
Priority Category:	_____
Local Preference (LHAs Only):	_____
Voucher Size:	_____

Las solicitudes incompletas no se procesarán. Complete toda la información requerida en la solicitud. Si una pregunta no corresponde, escriba "N/C". Asegúrese de firmar la última página. Si necesita más espacio para dar una respuesta, agregue hojas adicionales. Una vez que la complete, envíesela por correo postal o entréguesela en persona a las agencias de vivienda a las que desee hacerles la solicitud y que acepten solicitudes.

1. Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____ N.º de depto.: _____

Ciudad/pueblo: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono particular: _____

Correo electrónico: _____

2. Miembros de la familia que viven en la unidad, incluida la **cabeza** de familia:

Nombre y apellido	Relación con la cabeza de familia	Fecha de nacimiento	Sexo	Número del Seguro Social	Origen racial*	Origen étnico**
	Cabeza					

El número del Seguro Social se usará para constatar la información relativa a los ingresos, los bienes y los antecedentes penales. Responder a estas preguntas es opcional. Esta información NO afectará su estado con respecto a los procedimientos de selección de inquilinos.

*Origen racial: indio americano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, nativo de Hawái u otra isla del Pacífico, blanco u otro (especifique):

**Origen étnico: hispano/latino o no hispano/latino.

3. ¿Entiende el inglés hablado o el escrito? Sí No

Idioma principal que habla: _____

Idioma principal que escribe: _____

4. **Prioridad por ser persona sin hogar:** si desea solicitar la prioridad por ser persona sin hogar, primero, deben considerarlo como persona sin hogar.

NOTA: La definición de “persona sin hogar” del Programa de Vales de Alquiler de Massachusetts (Massachusetts Rental Voucher Program, MRVP) NO es la misma que la de los refugios para personas sin hogar o la de la Sección 8. Residir en un refugio para personas sin hogar NO lo califica de forma automática como un solicitante con prioridad por ser persona sin hogar.

Según las normas estatales, “persona sin hogar” es un solicitante que se encuentra en las siguientes situaciones (debe poder marcar TODAS las casillas):

- No tiene un lugar para vivir o está en una situación en la que su vida o su seguridad corren un peligro directo, inmediato e importante, que se atenuaría si se le asignara una unidad adecuada.
- No causó la situación ni contribuyó sustancialmente a causarla.
- Ha hecho todo lo posible para evitar o impedir la situación y para encontrar un alojamiento alternativo.
- Lo desplazaron o están a punto de desplazarlo de su domicilio principal.

Si piensa que se ajusta a la definición de “persona sin hogar”, seleccione a continuación la categoría que mejor describa su situación. La falta de vivienda TIENE QUE tener como motivo una de las siguientes categorías a fin de calificar para tener prioridad por ser persona sin hogar.

- Desplazado sin culpa del solicitante (esto es, desalojo sin culpa).
- Desplazado por una emergencia médica grave.
- Desplazado por violencia doméstica.
- Desplazado por un desastre natural (esto es, incendio, inundación, terremoto).
- Desplazado por acción pública (esto es, renovación urbana, expropiación).
- Desplazado por acción pública (esto es, declaración de estado ruinoso de la casa).

Si desea solicitar la prioridad por ser persona sin hogar, **DEBE ADJUNTAR LA CONSTANCIA** de su situación a fin de ser elegible.

5. **Preferencia local:** si le hace una solicitud a una autoridad de vivienda local, puede recibir una preferencia local si vive, trabaja o tiene hijos que asisten a la escuela en la misma ciudad o pueblo en donde está ubicada la autoridad de vivienda local.

Responda las siguientes preguntas y **proporcione la constancia correspondiente:**

<p>¿Reside actualmente en la misma ciudad o en el mismo pueblo en donde está ubicada la autoridad de vivienda local a la que le hace la solicitud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es afirmativa, adjunte la constancia de su domicilio principal, p. ej., contrato de alquiler, factura de servicios públicos, identificación con foto emitida por el Estado. 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>¿Trabaja actualmente en la misma ciudad o en el mismo pueblo en donde está ubicada la autoridad de vivienda local a la que le hace la solicitud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es afirmativa, adjunte la constancia de su empleo u oferta de empleo, p. ej., recibo de sueldo o carta de oferta de empleo. 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>¿Tiene un hijo que asiste a la escuela actualmente en la misma ciudad o en el mismo pueblo en donde está ubicada la autoridad de vivienda local a la que le hace la solicitud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es afirmativa, adjunte la constancia de la inscripción de su hijo. 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



6. ¿Tiene necesidades especiales debido a una discapacidad o necesita un ajuste razonable? Sí No

Especifique: _____

7. Contacto de emergencia: nombre de un pariente o de un amigo que NO planea vivir con usted. En caso de emergencia, nos comunicaremos con esta persona si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ N.º de depto.: _____

Ciudad/pueblo: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono particular: _____

Correo electrónico: _____

8. **Ingresos antes de deducciones:** calcule el ingreso bruto previsto de TODOS los miembros de la familia proveniente de TODAS las fuentes de ingresos para los próximos 12 meses. Especifique todas las fuentes de ingresos.

Nombre del miembro de la familia	Nombre del empleador o fuente de ingresos	Ingreso bruto para los próximos 12 meses
	Sueldos y salarios, incluidas las horas extras y las propinas	\$
	Sueldos y salarios, incluidas las horas extras y las propinas	\$
	Ingreso neto de un negocio o una profesión	\$
	Seguro por desempleo o discapacidad	\$
	Ayuda Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) o asistencia social	\$
	Pagos periódicos de pensión alimenticia para hijos y cónyuge	\$
	Beneficios del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), incluido el Programa de Suplemento del Estado (SSP)	\$
	Ingreso por discapacidad del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA)	\$
	Pensiones, renta anual, dividendos e intereses	\$
	Otros ingresos:	\$

Ingreso bruto total: \$ _____



9. **Bienes:** a continuación, enumere los bienes de todas las personas que vivan en la unidad. Incluya **todas** las cuentas bancarias, las acciones y los bonos, los fideicomisos, los bienes inmuebles, etc. **NO** incluya la ropa, los muebles ni los automóviles. Utilice papel adicional de ser necesario.

Miembro de la familia	Tipo de bien	Valor del bien o saldo actual	Nombre de la institución financiera	N.º de cuenta
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

¿Posee un bien inmueble? Sí No Si la respuesta es afirmativa, escriba la dirección: _____

En los últimos tres (3) años, ¿vendió, transfirió o donó algún bien inmueble o de otro tipo? Sí No **Si la respuesta es afirmativa**, indique la fecha de venta o de transferencia: _____

Importe de la venta o transferencia: \$ _____ Valor de la venta o transferencia: \$ _____

10. **Gastos:** calcule el importe que gastará (si corresponde) en las siguientes categorías durante los próximos 12 meses.

Gastos médicos no reembolsables: \$ _____	Seguro médico: \$ _____	Cuidado infantil: \$ _____
Pagos de pensión alimenticia para hijos y cónyuge: \$ _____	Otros (esto es, cuidado de un miembro de la familia con discapacidad o gastos de transporte y de la casa del miembro de la familia con discapacidad):	\$ _____

11. ¿Usted o un miembro de su familia han recibido alguna vez asistencia para la vivienda de parte de esta agencia de vivienda o de otra? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de la cabeza de familia de aquel momento: _____

Nombre de la agencia de vivienda: _____

Fecha en que se mudó: _____

Motivo de la mudanza: _____

¿La cancelación fue con causa? Sí No ¿Le debe dinero, alquiler atrasado o resarcimiento por daños y perjuicios a la agencia de vivienda? Sí No

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, explique: _____



12. Historial de alquileres

¿Le debe dinero en concepto de resarcimiento por daños y perjuicios o por alquileres impagos a algún propietario anterior?

Sí No

¿Alguna vez lo desalojaron de una unidad de alquiler con causa?

Sí No

Si la respuesta a alguna de las preguntas es afirmativa, explique: _____

13. Antecedentes penales

¿Usted o un miembro de su familia fueron condenados alguna vez por un delito violento o relacionado con drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*	¿Usted o un miembro de su familia tienen algún asunto penal pendiente?*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*
¿Usted o un miembro de su familia tienen la obligación de estar registrados de por vida como delincuentes sexuales en el estado de Massachusetts?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*	
Si la respuesta a <u>ALGUNA</u> de las preguntas anteriores es afirmativa, explique:			

*Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos, comparecencia ante tribunales penales y condenas anteriores. Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos o comparecencias anteriores ante tribunales penales. Asimismo, todo solicitante de empleo puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta relativa a arrestos, comparecencias ante tribunales y sentencias anteriores en todos los casos de incumplimiento de obligaciones o como en el de un menor que necesita servicios que no dio lugar a una denuncia que se haya trasladado a un tribunal superior para el enjuiciamiento penal. Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos o comparecencias anteriores ante tribunales penales.

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

Comprendo que esta solicitud no es una oferta de vivienda. En función de esta solicitud, comprendo que no debo hacer planes para mudarme ni cancelar mi contrato de alquiler actual hasta que una agencia administradora me haya dado un vale por escrito en virtud del Programa de Vales de Alquiler de Massachusetts (Massachusetts Rental Voucher Program, MRVP). Antes de que una agencia administradora pueda ofrecerme participar en el programa de asistencia de alquiler, debo proporcionarle documentación por escrito que constate mis circunstancias. Comprendo que soy responsable de informar a la agencia administradora por escrito sobre cualquier cambio con respecto a la dirección, los ingresos o la composición familiar. Comprendo que, si no respondo a los pedidos de información o actualización por parte de la agencia administradora, se quitará mi nombre de la lista de espera.

Autorizo a la agencia administradora a que efectúe consultas para constatar la información que proporcioné en esta solicitud. Certifico que la información que he proporcionado en la solicitud es verdadera y correcta. Comprendo que toda afirmación o declaración falsa puede conllevar la denegación de la solicitud. **Comprendo que la agencia administradora solicitará la información de los antecedentes penales al Departamento de Servicios de Información de Justicia Penal (Department of Criminal Justice Information Services) y llevará a cabo búsquedas por Internet respecto de todos los miembros adultos de la familia.**

FIRMADO BAJO PENA DE PERJURIO. Comprendo que una fotocopia de esta solicitud y una fotocopia de esta firma tienen tanta validez como las originales.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

