

SOLICITUD DE ALQUILER

Cole Avenue Apartments
330 Cole Avenue
Williamstown, MA 01267

PROPIEDAD LIBRE DE
HUMO

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 1.413.443.8322

Por favor, indique el tamaño del dormitorio que está solicitando:

Un dormitorio ____ Un dormitorio accesible ____
Dos dormitorios ____ Dos dormitorios accesibles ____
Tres dormitorios ____
¿Necesita una Unidad Adaptada Auditiva/Visual? Sí__ No__

1) SOLICITANTE: _____ MAILING ADDRESS, IF DIFFERENT: _____
CALLE _____
CIUDAD _____
ESTADO _____
ZIP _____
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 Pacífico Islander ____ Negro (no de origen hispano) ____
Hispanic ____ Otro: _____



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

Propietario actual: _____

Dirección: _____ Teléfono _____

_____ Utilidades Incluido _____

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 del hogar: Por favor, enumere a 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 (indique a continuación)

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

En caso afirmativo, qué tipo de cambio: _____

Renta. Por favor, enumere todo el dinero que ganará o recibirá en los próximos doce meses cada miembro del hogar; incluidos los estudiantes de tiempo completo, como asistencia social, salarios, seguridad social / SSI, pensión, asistencia pública de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, desempleo, beneficios por discapacidad, manutención infantil, pensión alimenticia, anualidades, dividendos, ingresos de propiedades 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 Ingresos/Frecuencia	Fuente	Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos)

Todos los bienes de cualquier miembro de la familia deben ser reportados. Los activos incluyen cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito, mercados monetarios, acciones, bonos, tenencias de bienes raíces y pólizas de seguro de vida: si no tiene activos, complete la Certificación sin activos disponible en BHSI.



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

Miembro del hogar	Tipo de activo	Valor del 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 Receptado</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5) ¿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

6) **Gastos:** ¿Paga por 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: _____

7) ¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha recibido algún programa de asistencia de vivienda estatal o federal? 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: _____

Fecha de salida: _____

Motivo de la mudanza: _____

¿Te fuiste como inquilino al día: Sí ___ No ___

En caso negativo, sírvase explicar: _____



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: _____

8) ¿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.

9) ¿Su apartamento actual contiene violaciones del código de salud? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, sírvase describir _____

10) ¿Es su apartamento actual demasiado pequeño para su familia Sí _____ No _____

11) ¿Su vivienda actual causa problemas de accesibilidad u otros problemas para cualquier miembro del hogar que tenga una discapacidad? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, sírvase describir: _____

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

13) ¿Cómo se enteró de Cole Avenue Apartments _____

14) Nota: Si no puede proporcionar una referencia del 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 _____



15) Las mascotas están permitidas en estos desarrollos de acuerdo con la Política de Mascotas de BHSI. Si tiene o tendrá una mascota, marque la casilla: Sí No

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

16) ¿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 _____

C. 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. 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 de veterano o la membresía en las fuerzas armadas, el estado civil o 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".) Las protecciones otorgadas de conformidad con la Ley de Reautorización de la Violencia contra la Mujer de 2013 son aplicables con respecto a esta vivienda y los arrendamientos de las mismas.

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 este Plan de Selección de Inquilinos para Cole Avenue Apartments

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, yo / nosotros 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

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



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. 	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<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. 	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<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. 	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>



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: _____

