



SOLICITUD DE VIVIENDA

Por favor, imprima claramente

Esta es una solicitud de vivienda en:	Proyecto: Redfield House
	Dirección: 48 Elizabeth Street
	Pittsfield, MA 01201
Por favor, complete esta solicitud y regrese a:	Nombre: Berkshire Housing Services, Inc.
	Dirección: One Fenn St., 3rd Floor
	P.O. Box 1180
	Pittsfield, MA 01202-1180
	Fax: 413-445-7633 o llame a Leasing: 413-499-1630 ext 150

Las solicitudes se colocan en orden de fecha y hora de recepción. Un solicitante puede ser entrevistado solo después de recibir esta solicitud de inquilino.

Un. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre(s) del solicitante(s): _____

Dirección: _____
Calle Apt.# Ciudad Estado ZIP

Teléfono diurno: _____ Teléfono de la noche: _____

No. de BR en la unidad actual: _____ ALQUILA o ES PROPIETARIO (marque uno)

Monto del pago mensual actual del alquiler o de la hipoteca: \$ _____

Si es propietario, ¿recibe ingresos mensuales por alquiler de la propiedad? Sí No (marque uno)

Verifique los servicios públicos pagados por usted: Calentar Electricidad Gas Otros (especificar)

Costo mensual aproximado de los servicios públicos pagados por usted (excluyendo el teléfono y la televisión por cable): \$ _____

Tamaño del dormitorio solicitado: Estudio De un dormitorio de dos dormitorios

B. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Enumere TODAS las personas que vivirán en el apartamento. Haga una lista del jefe de hogar primero.

	Nombre	Relación a la cabeza	Nacimiento Fecha	Edad (opcional)	SS # (últimos 4 dígitos)	Estudiante Y/N
Cabeza						
Co-T						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

¿Ha habido algún cambio en la composición de los hogares en los últimos doce meses? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Prevé algún cambio en la composición de los hogares en los próximos doce meses? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Hay alguien que no aparece en la lista anterior que normalmente viviría con el hogar? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Todas las personas en el hogar serán o han sido estudiantes a tiempo completo durante los cinco meses calendario de este año o plan para estar en el próximo año calendario en una institución educativa (que no sea una escuela por correspondencia) con profesores y estudiantes regulares? Sí No

EN CASO AFIRMATIVO, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Algún estudiante de tiempo completo está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Algún estudiante (s) inscrito en un programa de capacitación laboral está recibiendo asistencia bajo la Ley de Asociación de Capacitación Laboral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Algún estudiante de tiempo completo es un TANF o un destinatario del Título IV?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es cualquier estudiante de tiempo completo un padre soltero que vive con su(s) hijo(s) que no es dependiente de la declaración de impuestos de otra persona y cuyos hijos no son dependientes de nadie que no sea un padre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es algún estudiante una persona que anteriormente estaba bajo el cuidado y la colocación de un programa de cuidado de crianza (bajo la Parte B o E del Título IV de la Ley del Seguro Social)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

INGRESOS

Enumere TODAS las fuentes de ingresos como se solicita a continuación. Si una sección no se aplica, tacha o escribe NA.

Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos	Monto Bruto Mensual
	Seguridad social	\$
	Seguridad social	\$
	Seguridad social	\$
	Beneficios de SSI	\$
	Beneficios de SSI	\$
	Beneficios de SSI	\$
	Pensión (fuente de la lista)	\$
	Pensión (fuente de la lista)	\$
	Beneficios para veteranos (lista de reclamo #)	\$
	Beneficios para veteranos (lista de reclamo #)	\$
		\$
	Compensación por desempleo	\$
	Compensación por desempleo	\$
	Asistencia pública (Título IV/TANF, etc.)	\$
	Contribuciones al hogar (monetarias o no)	\$
	Ingresos de estudiantes a tiempo completo (solo para mayores de 18 años)	\$
	Ayuda financiera (excluidos los préstamos)	\$
	Anualidades (fuentes de la lista)	\$
		\$
	Pagos de seguro de atención médica a largo plazo que excedan los \$ 180 / día	\$
	Pagos programados de inversiones	\$

Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos	Monto mensual
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo desempeñado	
	Cuánto tiempo empleado:	
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo desempeñado	
	Cuánto tiempo empleado:	
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo desempeñado	
	Cuánto tiempo empleado:	
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo desempeñado	
	Cuánto tiempo empleado:	
	Pensión alimenticia	
	¿Tiene <i>usted derecho legal</i> a recibir pensión alimenticia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, enumere la cantidad que <i>tiene derecho</i> a recibir.	\$
	¿Recibes pensión alimenticia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, enumere la cantidad que recibe.	\$
	Manutención de los hijos	
	¿Tiene <i>derecho legal a</i> recibir manutención infantil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, enumere la cantidad que <i>tiene derecho</i> a recibir.	\$
	¿Recibe manutención infantil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, enumere la cantidad que recibe.	\$
	Otros ingresos	\$
	Otros ingresos	\$
	Otros ingresos	\$
INGRESO ANUAL BRUTO TOTAL (Basado en los montos mensuales enumerados anteriormente x 12)		\$
INGRESOS BRUTOS ANUALES TOTALES DEL AÑO ANTERIOR		\$
¿Anticipa algún cambio en estos ingresos en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Algún miembro del hogar tiene derecho legal a recibir asistencia para los ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es probable que algún miembro del hogar reciba ingresos o asistencia (<i>monetaria o no</i>) de alguien que no es miembro del hogar como aparece en la página 2, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, explique:		
¿Se reciben los ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

D. ACTIVOS

Si sus activos son demasiado numerosos para enumerarlos aquí, solicite un formulario adicional.
Si una sección no se aplica, tacha o escribe NA.

Cuentas de cheques	#	Banco	Saldo \$	
	#	Banco	Saldo \$	
	#	Banco	Saldo \$	
Cuentas de ahorro	#	Banco	Saldo \$	
	#	Banco	Saldo \$	
	#	Banco	Saldo \$	
Cuenta de fideicomiso	#	Banco	Saldo \$	
Certificados de Depósito	#	Banco	Saldo \$	
	#	Banco	Saldo \$	
	#	Banco	Saldo \$	
	#	Banco	Saldo \$	
Mercado monetario Cuentas	#	Banco	Saldo \$	
	#	Banco	Saldo \$	
Bonos de Ahorro	#	Vencimiento	Valor \$	
	#	Vencimiento	Valor \$	
	#	Vencimiento	Valor \$	
Póliza de Seguro de Vida	#		Valor en efectivo \$	
Póliza de Seguro de Vida	#		Valor en efectivo \$	
Fondos Mutuo	Nombre:	#Shares:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	#Shares:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	#Shares:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
Existencias	Nombre:	#Shares:	Dividendo pagado \$	Valor \$
	Nombre:	#Shares:	Dividendo pagado \$	Valor \$
	Nombre:	#Shares:	Dividendo pagado \$	Valor \$
Bonos	Nombre:	#Shares:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	#Shares:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
Inversión Propiedad				Apricia Valor \$

Propiedad Inmobiliaria: <i>¿Posee alguna propiedad?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , Tipo de propiedad	
Ubicación de la propiedad	
Valor de mercado de tasación	\$
Saldo de la hipoteca o préstamos pendientes de pago	\$
Importe de la prima anual del seguro	\$
Monto de la factura de impuestos más reciente	\$

¿Algún miembro del hogar tiene un activo (s) propiedad conjunta con una persona que es <i>¿NO</i> es un miembro del hogar como aparece en la página 2?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , describa:	
¿Tienen acceso a los activos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha vendido/eliminado alguna propiedad en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , Tipo de propiedad	
Valor de mercado cuando se vende/enajena	\$
Cantidad vendida/enajenada por	\$
Fecha de la transacción	

¿Ha dispuesto de cualquier otro activo en los últimos 2 años (Ejemplo: Regaló dinero a familiares, estableció Cuentas de fideicomiso irrevocables)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , describa el activo	
Fecha de disposición	
Cantidad dispuesta	\$

¿Tiene algún otro activo que no se haya enumerado anteriormente (excluyendo la propiedad personal)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , sírvase enumerar:	

E. INFORMACIÓN ADICIONAL		
¿Usted o algún miembro de su familia está usando actualmente una sustancia ilegal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez usted o algún miembro de su familia ha sido condenado por un delito grave?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , describa		
¿Alguna vez usted o algún miembro de su familia ha sido desalojado de alguna vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<i>En caso afirmativo, describa</i>		
¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, describa</i>		
¿Tomarás un apartamento cuando haya uno disponible?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>Describe brevemente sus razones para presentar la solicitud:</i>		

F. INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Propietario actual	Nombre:	
	Dirección:	
	Teléfono residencial:	
	Autobús. Teléfono:	
	¿Cuánto tiempo?	
Propietario anterior	Nombre:	
	Dirección:	
	Teléfono residencial:	
	Autobús. Teléfono:	
	¿Cuánto tiempo?	
Referencia de crédito #1:		
Dirección:		
Número de cuenta:		Teléfono #:
Referencia de crédito #2:		
Dirección:		
Número de cuenta:		Teléfono #:
Referencia de crédito #3:		
Dirección:		
Número de cuenta:		Teléfono #:
Referencia personal #1:		
Dirección:		
Relación:		Teléfono #:
Referencia personal #2:		
Dirección:		
Relación:		Teléfono #:

Referencia personal #3:	
Dirección:	
Relación:	Teléfono #:

En caso de emergencia notificar:	
Dirección:	
Relación:	Teléfono #:

G. INFORMACIÓN SOBRE VEHÍCULOS Y MASCOTAS (si corresponde)			
Haga una lista de los automóviles, camiones u otros vehículos que posea. Se proporcionará estacionamiento para un vehículo. Arreglos con La gestión será necesaria para más de un vehículo.			
Tipo de vehículo:	Matrícula #:		
Año/Marca:	Color:		
Tipo de vehículo:	Matrícula #:		
Año/Marca:	Color:		
¿Tienes alguna mascota?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<i>En caso afirmativo, describa:</i>			

CERTIFICACIÓN

Por la presente, yo / nosotros certificamos que yo / nosotros no mantenemos una unidad de alquiler subsidiada separada en otra ubicación. Yo / Nosotros certificamos además que esta será mi / nuestra residencia permanente. Yo / Entendemos que yo / Nosotros debemos pagar un depósito de seguridad para este apartamento antes de la ocupación. Yo / Entendemos que mi elegibilidad para la vivienda se basará en los límites de ingresos aplicables y en los criterios de selección de la administración. Yo / Nosotros certificamos que toda la información en esta aplicación es fiel a mi mejor conocimiento y yo / Nosotros entendemos que las declaraciones o información falsas son punibles por la ley y conducirán a la cancelación de esta solicitud o la terminación del arrendamiento después de la ocupación. Todos los solicitantes adultos, mayores de 18 años, deben firmar la solicitud.

FIRMA(S):

(Firma del inquilino)	Fecha
(Firma del co-inquilino)	Fecha
(Firma del co-inquilino)	Fecha
(Firma del co-inquilino)	Fecha



BERKSHIRE HOUSING DEVELOPMENT CORP.
P.O. Box 1180
PITTSFIELD, MASSACHUSETTS 01202-1180
Teléfono: 413-499-4887 Fax:413-445-7633

Solo para uso de Office

Fecha de recepción:
____/____/____

Hora: ____:____:____

N.º de dormitorios: 1 2

Control: _____

SOLICITUD PARA REDFIELD HOUSE

48 ELIZABETH ST., PITTSFIELD, MA 01201

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MODERADA

**Por favor, imprima claramente, las solicitudes que no son legibles pueden ser devueltas.*

DATOS PERSONALES:

1) NOMBRE: _____ Seguro Social# _____

CALLE: _____ Fecha de nacimiento: _____

CIUDAD/ESTADO: _____ Teléfono# _____

SI DIFERENTES DIRECCIONES POSTALES: _____

2) Miembros del hogar: Por favor, enumere a todos para vivir en el hogar.

Nombre:	SS#	D.O.B.	SEXO	Disabled	Relación
_____	_____	____/____/____	____	Yes or No	_____
_____	_____	____/____/____	____	Yes or No	_____
_____	_____	____/____/____	____	Yes or No	_____
_____	_____	____/____/____	____	Yes or No	_____

Designación racial/étnica para el jefe de familia: (Opcional)

Blanco Negro Asiático Americano Indio Otro _____

Etnia: Hispano No Hispano

¿Se espera un cambio en el hogar? Sí No

¿En caso afirmativo que tipo de cambio? _____

3) **INGRESOS:** Por favor, enumere todo el dinero que se ganará o recibirá en los próximos (12) doce meses por cada miembro del hogar que tenga 18 años o más; incluidos los estudiantes de tiempo completo. **Por ejemplo**, salarios, salarios, seguro social / SSI, pensión, TAFDC, asistencia pública, desempleo, beneficios por discapacidad, manutención de niños o pensión alimenticia.

Lista de persona (s)

Recibiendo ingresos	Fuente de ingresos	Nombre/dirección del empleador	Ingresos brutos mensuales

4) Todos los activos de cualquier miembro de la familia deben ser reportados. Por favor, verifique cualquiera aplicable a su hogar: **SI NO TIENE ACTIVOS, COMPLETE NINGUNA CERTIFICACIÓN DE ACTIVOS EN LA PÁGINA 4.**

Ahorro Chequeo CD's Acciones Bonos Bienes Raíces Otros

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

_____ \$ _____
_____ \$ _____
_____ \$ _____

¿Ha vendido alguna propiedad o eliminado algún activo por menos del valor justo de mercado en los últimos dos años? Sí No En caso afirmativo, complete la tabla

Tipo de activo	Fecha de enajenación	Valor justo de mercado	Cantidad Recibida

5) **GASTOS:** ¿Pagan el cuidado de los niños menores de 13 años? ¿O para 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, por favor rellene 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?
(Primas incluidas). Sí No

En caso afirmativo indique la cantidad: _____

6) ¿Alguna vez usted o algún miembro adulto de su hogar actual ha vivido en una vivienda pública federal o ha estado en el Programa de la Sección 8? Sí No

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

**Relación con el solicitante actual:
Regional:**

Nombre de la Autoridad de Vivienda o Agencia

Dirección de la unidad subsidiada:

Ciudad/Estado: _____

Fecha de salida: ___/___/___

Motivo de la mudanza: _____

¿Te fuiste como inquilino en buen estado? Sí No

Si no, por favor explique: _____

7) Si respondió afirmativamente a la pregunta 6, ¿alguna vez ha sido despedido por fraude mientras recibía asistencia? ¿O despedido por falta de pago? ¿O no ha cooperado con los procedimientos de recertificación?
 Sí No

8) ¿Alguna vez usted o algún miembro (s) en su hogar ha sido condenado o desalojado debido a la fabricación, venta, uso, distribución o posesión de drogas? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió esto? _____

En caso afirmativo, ¿usted y/o algún miembro (s) de su hogar han recibido tratamiento? Sí No

9) ¿Alguna vez usted o algún miembro (s) en su hogar ha sido condenado o desalojado debido a una actividad criminal violenta? Sí No

En caso afirmativo, ¿usted y/o algún miembro de su hogar han recibido tratamiento?

Sí No

Entiendo que esta aplicación no es una oferta de vivienda. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Berkshire Vivienda por escrito cualquier cambio de domicilio, ingresos o composición familiar. Al firmar esta solicitud, estoy dando permiso para que Berkshire el personal de Vivienda verifique cualquier información en esta solicitud, realice una verificación de crédito y antecedentes penales. Se proporcionará información adicional si se solicita. Certifico que la información que he dado en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación puede resultar en la cancelación de esta solicitud. Entiendo que si me contactan con respecto a estos programas y no respondo, mi nombre será eliminado de la lista de espera.

DE FIRMA DEL SOLICITANTE

____/____/_____
FECHA

PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE

RELACIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, ZIP

NÚMERO DE TELÉFONO

Sin CERTIFICACIÓN DE ACTIVOS (por favor complete si no tiene activos listados en la sección #4)

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

FIRMA DEL SOLICITANTE

____/____/_____
FECHA