



Goshen Senior Housing

41 Main Street
Goshen, MA 01032

Para información: (413) 296-4536 ext. 105 /TTY llame a: 711

APLICACIÓN DE LISTA DE ESPERA

Nótese: Ésta es una solicitud inicial. Es posible que después se le pida información adicional para completar el procesamiento del/los solicitante/s. No se procesarán solicitudes incompletas. Por favor llene toda la información pedida en la solicitud. Si una pregunta no aplica, por favor escriba N/A. Asegúrese de firmar las páginas 3 y 5. Si necesita espacio adicional para su respuesta, por favor adjunte hoja/s adicional/es.

USTED PUEDE PEDIR AYUDA PARA COMPLETAR ESTE DOCUMENTO. DE SER NECESARIO, LAS PERSONAS DISCAPACITADAS PUEDEN PEDIR ESTA SOLICITUD EN LETRA GRANDE U OTROS FORMATOS ALTERNOS.

INFORMACIÓN DEL HOGAR DEL SOLICITANTE

Nombre: _____

Dirección física: _____ Pueblo: _____

Código postal: _____ Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____

Tel. celular: _____ Dirección e-mail: _____

Dirección postal (de ser diferente a la dirección física): _____

SECCIÓN OPCIONAL: La información se usará con fines de presentar informes únicamente, de manera requerida por las leyes estatales y federales, y no afectará su solicitud.

Raza: (marque todas las que apliquen)

indígena americana/nativa de Alaska asiática o isleña del Pacífico

afroamericana blanca/caucásica

Etnia: hispana no hispana Opta por no responder

Es prohibido fumar en la propiedad de La Vivienda para Ancianos en Goshen LLC.

La Vivienda para Ancianos en Goshen no discrimina en contra de personas que fumen pero, residentes y sus visitantes no serán permitidos fumar en la propiedad.

La Vivienda para Ancianos en Goshen LLC es propiedad privada.



PROGRAMA DE VIVIENDA CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES



COMPOSICIÓN FAMILIAR

Enumere todos los individuos que ocuparán la unidad, **incluyéndose a sí mismo**:

Nombre y apellido legal completo de cada individuo en el hogar	Relación con el solicitante	Número de seguro social	Sexo	Veterano Sí/No	Fecha de nac.
	SÍ MISMO				

Las personas discapacitadas tienen el derecho de pedir un arreglo razonable de reglas, políticas, prácticas o servicios, o de pedir una modificación razonable de la vivienda, en caso de que tales arreglos o modificaciones sean necesarias para brindar a la persona discapacitada igualdad de oportunidades para usar y disfrutar de la vivienda.

***¿Necesita alguna función o arreglo especial a causa de una discapacidad?** No / Sí

Si sí, por favor explique: _____

*¿Necesita alguien en su hogar un apartamento de movilidad accesible? **No / Sí**

*¿Necesita alguien en su hogar un apartamento con adaptación sensorial (audición/visión)? **No / Sí**

***¿Tiene mascotas?** No / Sí Si sí, por favor describa, _____

*Nótese: Se requiere una **Solicitud para mascotas** aparte la cual se le proveerá a petición.*

SITUACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL

Actualmente: Alquilo Soy dueño Vivo con parientes Otro (*por favor explique*): _____

Tiempo de residencia en la dirección actual: _____

Cantidad actual de alquiler/hipoteca: \$ _____ / mes

¿Servicios públicos incluidos en el alquiler? (circule) **Sí / No** (Por favor especifique cuál/es paga, así como el costo mensual promedio)

¿Por qué desea mudarse? _____

¿Cómo escuchó de esta oportunidad de vivienda? _____

ARRENDADOR ACTUAL:

Nombre: _____

Dirección física: _____ Pueblo: _____

Código postal: _____ Tel. casa: _____ / Tel. celular: _____

ARRENDADOR PASADO:

Nombre: _____

Dirección física: _____ Pueblo: _____

Código postal: _____ Tel. casa: _____ / Tel. celular: _____

Alquiler previo: \$ _____ /mes Fechas / tiempo que duró el alquiler: _____

NÓTESE: Si no puede proveer una referencia de su arrendatario o su vivienda, por favor provea referencias de carácter. Las personas tienen que haberlo conocido por al menos (1) año y no ser parientes suyos.

Nombre: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Nombre de dos parientes o amigos SIN la intención de vivir con usted. Contactaremos a estas personas si no logramos comunicarnos con usted en caso de emergencia:

NOMBRE	RELACIÓN	#s TEL.	E-MAIL / Dirección postal
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

Antecedentes criminales: ¿Ha sido usted o cualquier miembro de su hogar que vivirá en la unidad condenado por un delito grave? **No / Sí**

Si sí, por favor provea fecha(s) y detalles _____

¿Tiene usted o cualquier miembro de su hogar que vivirá en la unidad procesos penales pendientes? **No / Sí**

Si sí, por favor provea fecha(s) y detalles _____

Por favor use este espacio para indicar cualquier cosa adicional sobre su solicitud / hogar / circunstancias:

VERIFICACIÓN DE INGRESO

Una parte requerida de la solicitud (y la renovación del contrato anual) es completar el proceso de Certificación de Ingreso y Bienes. Debe informarse y documentarse todo ingreso y bienes de miembros del hogar de 18 años o más de edad. Bienes que no tienen que ser enumerados incluyen: propiedad personal, tal como su auto, su vivienda principal o bienes usados para uso comercial o agrícola.

Por favor llene el **Formulario de Certificación de Ingreso de Inquilinos** y entréguelo junto con todos los documentos de apoyo y esta solicitud. **Su solicitud no se evaluará hasta que todas las partes estén completas.**

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (Por favor lea antes de firmar)

Yo/Nosotros certifico/amos que la información incluida en esta solicitud es cierta y completa, a mi/nuestro leal saber y entender. Yo/Nosotros certifico/amos que entiendo/entendemos que cualquier declaración o información falsa está penalizada bajo las leyes estatales o federales que apliquen.

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que esta solicitud no constituye una oferta de vivienda.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que no debo/demos hacer planes para mudarlos o terminar nuestro arrendamiento a base de esta solicitud hasta que no haya recibido una oferta escrita de Hilltown CDC. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Hilltown CDC por escrito de cualquier cambio en direcciones, ingreso, o composición familiar. Autorizo a Hilltown CDC a que verifique si la información incluida en esta solicitud es cierta y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación podría conllevar la denegación de mi solicitud. Entiendo que Hilltown CDC verificará antecedentes penales.

Todos los solicitantes/miembros del hogar deben firmar abajo

Firmado bajo pena de perjurio,

Firma (Jefe del hogar)

Fecha

Firma (Cosolicitante)

Fecha

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

Los solicitantes se seleccionarán sin distinción de raza, sexo, origen nacional, orientación sexual, color, credo, estado militar, estado matrimonial, estado familiar o discapacidad (excepto que los individuos discapacitados recibirán preferencia para unidades de necesidades especiales).

- ✓ Usted puede solicitar una copia de nuestra *Política de evaluación de solicitantes*.
- ✓ **Cada miembro del hogar** debe completar una autorización para divulgar información aparte (consulte la página siguiente).

Envíe por correo, a mano, por fax o e-mail las solicitudes a:

Correo: Goshen Senior Housing LLC, P.O. Box 17, Chesterfield, MA 01012 / **A mano** Hilltown CDC, 387 Main Road, Chesterfield / **Fax** (413) 296-4020 / **E-mail:** CindyT@HilltownCDC.org



PROGRAMA DE VIVIENDA CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN
Y RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD**

El propósito de esta carta es notificar que yo _____, actual
residente de _____,
autorizo al personal de Hilltown Community Development Corporation a que soliciten mis expedientes e
información mía, incluyendo la cantidad y fuentes de mi ingreso, gastos laborales y médicos, verificaciones
de crédito y referencias, así como otra información confidencial.

Este documento, o una copia o facsímil del mismo, será válido por 12 meses a partir de la fecha abajo.

Firma

Fecha



CERTIFICACIÓN DE INGRESO

Goshen Senior Housing

Toda la información se tratará como confidencial.

Éste es un programa con igualdad de oportunidades. La Ley Federal prohíbe la discriminación.

- ✓ Cuando solicite, **por favor entregue una copia de su declaración de impuestos federales más reciente.**
- ✓ Si usted no presenta declaraciones de impuestos, por favor marque esta casilla:
- ✓ Además, enumere por favor sus fuentes de ingreso y cantidad de ingreso en los espacios abajo: (por ejemplo: seguro social, pensión, salario, ingreso por intereses, etc.)

	Fuente de ingreso	Cantidad mensual
Solicitante 1:	1) _____	\$ _____
	2) _____	\$ _____
	3) _____	\$ _____
Solicitante 2:	1) _____	\$ _____
	2) _____	\$ _____
	3) _____	\$ _____

Entiendo que la información incluida en esta solicitud sólo se usará para determinar elegibilidad para participar en la Lotería/Lista de espera de Goshen Senior Housing y que se podrá requerir más verificación de ingreso antes de una oferta. Yo/Nosotros, _____, residente en _____ certifico/amos que mi/nuestro ingreso bruto anual familiar está en (o bajo) el nivel enumerado para el número de personas en mi/nuestro hogar:

<u>1 personas</u>	<u>2 personas</u>
\$16,800	\$19,200
\$28,000	\$32,000
\$33,600	\$38,400

Yo/Nosotros entendemos que esta declaración está sujeta a verificación.

Firma

Número de seguro social

Fecha

Firma

Número de seguro social

Fecha

