

Fecha de recepción: _____
(Sólo para uso oficial)



Westhampton Woods Viviendas de la tercera edad Solicitud de lista de espera

**13 Main Road
Westhampton, MA 01027**

Para información: 413 – 296 – 4536 x 105



¿Qué lista de espera le interesa? Elija una, o ambas:

_____ Fase I (unidades A – H) _____ Fase II (unidades I – P)

Entrega: Hilltown Community Development Corporation, 387 Main Road, Chesterfield MA 01012

Enviar por correo a: Hilltown CDC, PO Box 17, Chesterfield, MA 01012

Correo electrónico: kristephers@hilltowncdc.org

Fax: 413 – 296 – 4020

Toda la información proporcionada en este documento es privada y confidencial y para el uso del propietario y el agente en la tramitación de esta solicitud. Hilltown CDC no discrimina ni discriminará por motivos de raza, color, religión (credo), género, expresión de género, edad, origen nacional (ascendencia), discapacidad, estado civil, orientación sexual o estatus militar, en ninguna de sus actividades u operaciones.

Puede pedir ayuda para rellenar esta solicitud. Si es necesario, las personas con discapacidades pueden pedir esta solicitud en letra grande, u otros formatos alternativos.

El alojamiento en Westhampton Woods está limitado a familias con al menos un miembro mayor de 62 años. Esta solicitud debe ser llenada completamente y la documentación pertinente debe ser presentada para asegurar un lugar en la lista de espera.

Nombre del solicitante N° 1: _____

Número de Seguridad Social: _____ fecha de nacimiento: _____ edad: _____

Dirección: _____

Dirección postal (si es diferente a la del domicilio): _____

Número de teléfono (domicilio): _____ (celular): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del solicitante Nº 2 (si aplica): _____

Número de Seguridad Social: _____ fecha de nacimiento: _____ edad: _____

Relación con el solicitante: _____

Actualmente alquila _____, es dueño de su casa _____, u otro _____ (por favor, marque uno)

Si es otro, por favor explique _____

Tiempo en la dirección actual: _____ (años, meses) Si se alquila, cuánto por mes: \$ _____

¿Los servicios públicos están incluidos? Sí _____ No _____ En caso negativo, indique lo que paga

¿Tiene actualmente un vale de elección de vivienda? Sí _____ No _____

¿Tiene usted mascotas? Sí _____ No _____ Si la respuesta es SÍ, describa e indique el peso aproximado de los animales _____

Se requiere una solicitud por separado para las mascotas y se proporcionará tras su petición

Nombre del propietario actual: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Su dirección anterior: _____

Nombre del propietario anterior: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Alquilar: \$ _____ Tiempo alquilado: _____ (años, meses)

Servicios públicos pagados: _____

¿Por qué quiere mudarse a Westhampton Woods Viviendas para la tercera edad _____

Indique tres referencias personales (no familiares)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Ha sido usted o algún miembro de su familia que vaya a vivir en la unidad condenado alguna vez por un delito grave?

Sí ___ No ___ Si la respuesta es SÍ, indique la(s) fecha(s) y los detalles: _____

¿Tiene usted o algún miembro de su familia que vaya a vivir en la unidad algún asunto penal pendiente?

Sí ___ No ___ Si la respuesta es SÍ, facilite los detalles: _____

Certificación: Su(s) firma(s) abajo certifica(n) que las declaraciones hechas arriba son verdaderas, correctas, y da(n) su consentimiento a Hilltown CDC, sus empleados y agentes para verificar la información contenida en esta solicitud escrita.

Firma del solicitante N° 1: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante N° 2: _____ Fecha: _____

Si alguien le ha ayudado o ha completado esta solicitud inicial por escrito por usted, indique a continuación su nombre, dirección, número de teléfono y relación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación: _____

¿Cómo se enteró de esta oportunidad de vivienda?

Periódico: _____ Conduciendo: _____ Amigo: _____ Otro: _____

¿Algún miembro de la familia requiere características especiales o acomodos debido a una discapacidad? Si la respuesta es SÍ, por favor explique: _____

¿Algún miembro de la familia tiene derecho y desea una unidad adaptada a la movilidad?

Sí _____ No _____

¿Algún miembro del hogar requiere utilizar una silla de ruedas?

Sí _____ No _____

¿Algún miembro del hogar requiere que la unidad esté especialmente adaptada debido a una discapacidad sensorial? (por ejemplo, sordo, ciego).

Sí _____ No _____

Cualquier persona discapacitada tiene derecho a solicitar acomodos razonables de las normas, políticas, prácticas o servicios o puede solicitar una modificación razonable de la vivienda cuando sea necesario para permitir a la persona discapacitada la igualdad de oportunidades para utilizar y disfrutar de la vivienda.

Las siguientes preguntas son voluntarias y no se utilizarán para calificar a los solicitantes.

La información que se solicita a continuación sobre la designación de la raza, el origen nacional y el sexo en esta solicitud se pide para garantizar a los organismos gubernamentales que el Propietario cumple con las leyes que prohíben la discriminación de los inquilinos solicitantes en función de la raza, el color, el origen nacional, la religión, el sexo, la situación familiar, la edad y la capacidad.

Raza (marque todas las que correspondan)

Asiáticos/Isleños del Pacífico: _____ Indígena Americano/Nativo de Alaska: _____

Afroamericanos/Negros: _____ Blanco/Caucásico: _____

Etnia

Hispano: _____ No hispano: _____

Certificación de Ingresos

En el momento de la solicitud, presente una copia de su declaración de impuestos federales más reciente. Si no presenta declaraciones de impuestos, por favor marque aquí: _____

Si recibe la Seguridad Social, presente una copia de la carta de concesión de prestaciones más reciente.

Enumere sus fuentes de ingresos y el importe de los mismos en los espacios siguientes (por ejemplo, seguridad social, pensión, salarios, ingresos por intereses, distribución de cuentas IRA, etc.)

Solicitante N° 1:

Fuente de ingresos: 1. _____ Importe mensual: _____
2. _____ Importe mensual: _____
3. _____ Importe mensual: _____

Solicitante N° 2:

Fuente de ingresos: 1. _____ Importe mensual: _____
2. _____ Importe mensual: _____
3. _____ Importe mensual: _____

La información dada en esta solicitud se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para la participación en la lista de espera del Westhampton Woods y es posible que se requiera una verificación adicional de los ingresos antes de cualquier oferta de arrendamiento. Toda la información será confidencial. Este es un programa de igualdad de oportunidades. La discriminación está prohibida por la Ley Federal.

Yo/Nosotros, _____, que vivimos en

certifico que mis/nuestros ingresos brutos anuales del hogar son iguales o inferiores al nivel indicado para la cantidad de personas de mi/nuestro hogar, y entiendo que esta declaración está sujeta a verificación:

Hogar unipersonal: \$17,700 _____	Hogar con dos personas: \$20,200 _____
\$29,450 _____	\$33,650 _____
\$35,340 _____	\$40,380 _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Una parte requerida del proceso de solicitud, y de la renovación anual del contrato de alquiler, es completar una Certificación de Ingresos y Bienes. Todos los ingresos y activos de los miembros del hogar de 18 años o más deben ser reportados y documentados.

Certificación del Solicitante.

Por favor, lea antes de firmar a continuación.

Certifico/certificamos que la información dada en esta solicitud es verdadera y completa a mi/nuestro leal saber y entender. Certifico/certificamos que comprendo/comprendemos que las declaraciones falsas sobre la información son punibles en virtud de la legislación estatal o federal aplicable.

Yo/nosotros entendemos que esto no es una oferta de vivienda. Basado en esta aplicación yo/nosotros entendemos que yo/nosotros no debemos hacer planes para mudarnos o terminar la tenencia actual hasta que se nos presente una oferta por escrito de Hilltown CDC. Yo/nosotros entendemos que es mi/nuestra responsabilidad informar a Hilltown CDC de cualquier cambio de dirección, ingresos o composición del hogar. Autorizo a Hilltown CDC para verificar la información dada en esta solicitud y entiendo que las declaraciones falsas o tergiversaciones pueden resultar en la denegación de mi / nuestra solicitud. Entiendo que Hilltown CDC realizará verificaciones de antecedentes de los solicitantes (puede solicitar una copia de la política de selección de Hilltown CDC).

Todos los solicitantes mayores de 18 años deben firmar a continuación.

Firmado bajo pena y castigo de perjurio.

Firma del jefe de familia

Fecha

Firma del co-solicitante

Fecha

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Y EXENCIÓN DE PRIVACIDAD

Por la presente notifico que yo _____, con dirección en _____ autorizo al personal de la Corporación Hilltown Community Development a solicitar mis datos e información, incluyendo la cantidad y la fuente de mis ingresos, gastos médicos y relacionados con el trabajo, informes de crédito y otra información confidencial.

Este documento, o una copia o facsímil del mismo, tendrá validez durante 12 meses a partir de la fecha abajo

Firma

Fecha



PROGRAMA DE VIVIENDA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

