

INSTRUCCIONES DEL PAQUETE DE SOLICITUD para TAX CREDIT/HOME/COMERCIO

Gracias por su interés en nuestra comunidad de departamentos. Si programa una cita cuando entregue el paquete de solicitud, el trámite de ésta será más rápido. Si no puede entregar la solicitud en persona, puede enviarla por correo. Con gusto lo anotaremos en la lista de espera en cuanto hayamos recibido su solicitud completa con la respectiva cuota. Los posibles residentes deben cumplir con ciertos requisitos verificables de ingresos. Es importante que responda todas las preguntas de la solicitud y que la firme, lo mismo que las otras formas del paquete de solicitud. Para programar una cita, llame a _____ al _____.

DEFINICIÓN DE “ADULTO”: Toda persona de 18 años o mayor de 18 años o una persona emancipada.

Cuando entregue el paquete de solicitud, proporcione las siguientes formas de identificación.

- ◆ Identificación válida de todos los adultos.
 - Si entrega la solicitud personalmente, en la oficina sacarán fotocopias de su identificación.
 - Si envía la solicitud por correo, envíe una copia legible de una identificación válida.
- ◆ Copias de las tarjetas del Seguro Social (u otras pruebas del número) de todos los miembros del hogar (solamente TAX CREDIT y HOME).
 - Si no se tienen tarjetas ni otras pruebas del número del Seguro Social, pida las formas obligatorias al gerente residente.

El paquete de solicitud incluye las siguientes formas, que deben ser llenadas por completo.

1. **Solicitud (App 1)**, Páginas 1 a 4: Responda *todas* las preguntas. No olvide anotar las direcciones postales completas y números telefónicos correctos. Firme y feche la solicitud.
2. **Suplemento de la solicitud (App 1A)**: Si hay más de un adulto en su familia y tienen otro arrendador o referencias personales diferentes, los adultos deben llenar y firmar esta forma.
3. **Cada integrante adulto** del hogar **debe llenar y firmar una forma aparte** para cada uno de los siguientes documentos:
 - Entrega de historial y exoneración de responsabilidades**
4. **Solicitud de informe de crédito y criminal**: Esta forma corresponde al jefe principal y secundario de la familia. Si los solicitantes son más de dos adultos, deben llenar más formas.
5. **Verificación de arrendadores**: Firme esta forma, que servirá para pedir referencias de usted a sus ex arrendadores. Si los solicitantes conjuntos tienen otras referencias de arrendadores, deben llenar también sus formas de verificación de arrendadores.
 - a. **Referencias profesionales**: Si no tiene antecedentes de arrendadores en los cinco años anteriores, firme la forma de referencias profesionales, que servirá para pedir referencias de los profesionales anotados en su solicitud. Si los solicitantes conjuntos no tienen referencias de arrendadores, también deben firmar formas de referencias profesionales.
6. **Declaración de conocimiento del proceso de solicitud** – Se anexan las políticas de selección de residentes para que las estudie. Firme la declaración de conocimiento.
7. **Ayuda para niños y documentos de custodia, cuando aplique**:
 - a. Entregue el acta de divorcio o sentencia de los tribunales, si la tiene.
8. **Cuota de solicitud**. Incluya un cheque o giro por la cuota de solicitud de **\$25 por cada adulto**.

The Housing Company brinda las mismas oportunidades a todas las personas con discapacidades y, previa solicitud, ofrece adaptaciones para satisfacer las necesidades de personas con discapacidades, si las adaptaciones son razonables y factibles desde el punto de vista económico. Las solicitudes de adaptación se atenderán a la mayor brevedad.

The Housing Company no discrimina por causas de discapacidad para admitir o dar acceso ni por causas de tratamiento o empleo a sus programas y actividades respaldadas por el gobierno federal. La persona del puesto referido abajo ha sido designada para coordinar el acatamiento de los requisitos de no discriminación contenidos en las normas del Departamento de Vivienda y Urbanización que pone en ejecución la Sección 504 (24CFR, Parte 8 con fecha del 2 de junio de 1988). Puesto: gerente regional de bienes raíces, The Housing Company, P. O. Box 6943, Boise, ID 83707-0943, Correo de voz: 208-331-4890, Personas con problemas auditivos (TDD) 1-800-545-1833, ext. 628



PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

Fecha: _____ Tamaño del dormitorio solicitado: _____ Necesidades especiales: _____
 Hora: _____ Fecha deseada de llegada: _____ Ingreso bruto anual: \$ _____
 Tipo de unidad crédito tributario: [] Mercado [] 60% [] 50% [] 40% [] 30%
 Firma del administrador residente: _____ Número de unidad - Agregar a hogar actual _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VIVIENDA DE LA EMPRESA DE VIVIENDA

Nombre del conjunto de apartamentos: _____
 Nombre del solicitante: (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____
 Teléfono: (_____) _____ Celular (_____) _____
 Dirección postal actual: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Cómo se enteró de este conjunto de apartamentos? [] Volantes/Catálogos; [] Periódico; [] Páginas Amarillas; [] Sitio de Internet; [] Al ir pasando; [] Anuncio de Vivienda Subsidiada; [] Recomendación de uno de los residentes (Nombre del residente _____)

POR FAVOR, RECUERDE QUE: Esta es una solicitud preliminar. Es posible que posteriormente se le pida información adicional para completar el proceso de solicitud. Al firmar abajo certifica que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas y también autoriza a la Administración para verificar la información suministrada en esta solicitud, ordenar informes de crédito y referencias de antecedentes penales.

¿Tiene alguna mascota que vaya a vivir con usted? [] SÍ [] NO

No se permiten mascotas en los conjuntos de apartamentos de uso familiar. Siempre y cuando se hagan los arreglos necesarios con la administración, se permitirá tener mascotas a los residentes de aquellos conjuntos de apartamentos que reciben asistencia federal y están designados para personas con discapacidades o de mayor edad. Se permitirá tener animales de asistencia a aquellas personas que califiquen para ello si las mismas pueden justificar tal necesidad con el fin de tener acceso equitativo al uso y los beneficios de las instalaciones residenciales. Para mayores detalles consulte el Manual de Residentes.

A. INTEGRANTES DEL HOGAR - Por favor, escriba los nombres de todas las personas que ocuparán el apartamento incluyendo a quienes lo harán temporalmente:

Nombre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Relación con el solicitante	Estudiante de tiempo completo (Sí o No)*

*Se define como estudiante de tiempo completo a la persona que, de tiempo completo (un mínimo de cinco meses por año calendario), asiste a clases en una entidad educativa que normalmente posee un profesorado continuo y un programa de estudios. (Lo anterior incluye a niños de jardín infantil y de escuela primaria).

Si todos los integrantes del hogar son estudiantes según la definición anterior, responda las siguientes preguntas marcando "Sí" o "No".

- | | SÍ | NO |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha sido o será estudiante de tiempo completo por cinco meses durante el año calendario actual? [] []
Si la respuesta es SÍ , indique quién: _____ | | |
| 2. ¿Recibe asistencia amparado bajo el Título IV de la Ley de Seguridad Social? [] [] | | |
| 3. ¿Está inscrito en un programa de capacitación laboral subsidiado por la Ley de Asociaciones para la Capacitación Laboral o por alguna otra ley federal, estatal o local similar a esta? [] [] | | |
| 4. ¿Es padre/madre soltero(a) de hijos que no sean dependientes de otra persona aparte del padre o madre de tales hijos? [] [] | | |
| 5. ¿Es usted dependiente de otra persona? Si la respuesta es SÍ , ¿de quién?: _____ [] [] | | |
| 6. ¿Está casado(a) y califica para hacer una declaración de impuestos conjunta? [] [] | | |
| 7. ¿Recibe ahora o ha recibido antes ayuda para Hogares de Crianza?..... [] [] | | |

B. HISTORIAL DE ARRENDADORES - Últimos 5 años (Si necesita más espacio, por favor, adjunte otra hoja):

- Nombre del arrendador actual:** _____ Renta mensual: \$ _____
Dirección del arrendador actual: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del arrendador actual: _____ Fecha de residencia: _____ hasta _____
- Nombre del arrendador anterior:** _____ Renta mensual: \$ _____
Dirección del arrendador anterior: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del arrendador anterior: _____ Fecha de residencia: _____ hasta _____
- Nombre del arrendador anterior:** _____ Renta mensual: \$ _____
Dirección del arrendador anterior: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del arrendador anterior: _____ Fecha de residencia: _____ hasta _____

Casa propia []

Si no tiene el historial de arrendadores de los últimos 5 años, por favor, suministre tres (3) referencias de profesionales conocidos por lo menos durante tres (3) años que no sean amigos o parientes suyos:

- Nombre** _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
- Nombre** _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
- Nombre** _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

C. AUTOMÓVIL:

Marca _____ Modelo _____ Año _____ Licencia # _____
Marca _____ Modelo _____ Año _____ Licencia # _____

D. VERIFICACIÓN de REQUISITOS de TODOS los integrantes del hogar

**** No tiene que haber un parentesco familiar para considerárseles integrantes del hogar****

SÍ NO

1. ¿Ha sido desalojado usted o alguno(s) de los integrantes de su hogar por no pagar la renta o algún daño? [] []
2. Actualmente, ¿utiliza usted o alguno(s) de los integrantes de su hogar una sustancia ilícita controlada?..... [] []
Si la respuesta es **SÍ**, ¿Ha aprobado completamente esa persona un programa de rehabilitación del uso de sustancias controladas o se haya inscrita actualmente en dicho programa? [] []
3. ¿Ha sido condenado usted o alguno(s) de los integrantes de su hogar por la fabricación o distribución ilícita de una sustancia controlada? [] []
4. ¿Ha sido desalojado de una vivienda subsidiada por el gobierno federal usted o alguno(s) de los integrantes de su hogar por haber realizado actividades delictivas relacionadas con las drogas? [] []
5. ¿Ha sido condenado usted o alguno(s) de los miembros de su hogar por un delito sexual o un delito violento? [] []
6. ¿Debe registrarse usted o alguno(s) de los integrantes de su hogar como delincuente sexual para cumplir con los requisitos de un programa estatal de registración de por vida para delincuentes sexuales? [] []
7. ¿Ha sido condenado usted o alguno(s) de los integrantes de su hogar por un delito mayor, un delito menor (aparte de infracciones de tránsito), o un delito relacionado con deshonestidad o fraude? [] []
Si la respuesta es **SÍ**: ¿En cuál estado? _____; Tipo de condena: _____; Fecha de la condena: _____
8. Actualmente, ¿abusa usted o alguno(s) de los integrantes de su hogar de las bebidas alcohólicas?..... [] []
9. Actualmente, ¿existen cargos penales en contra suya o de alguno(s) de los integrantes de su hogar?..... [] []
10. ¿Ha sido responsable de causar daño intencional a la propiedad alguno(s) de los integrantes de su familia? [] []
11. ¿Entiende que, a menos que se obtenga previa aprobación escrita del administrador de la propiedad, solamente las personas enumeradas en esta solicitud podrán vivir en el apartamento?..... [] []
12. ¿Entiende que el dar información falsa o incompleta en esta solicitud servirá como base para rechazar su solicitud o cancelar su contrato de renta?..... [] []

E. INFORMACIÓN DE INGRESOS – Por favor, escriba el nombre de quien recibe ingresos en la sección correspondiente y encierre en un círculo la fuente respectiva de ingresos. Si no se reciben ingresos, escriba N/A:

Nombre del integrante de la familia	Fuente de ingresos	Cantidad mensual en bruto
	<i>Empleo</i>	
	<i>Desempleo - Compensación al Trabajador</i>	
	<i>Seguro Social – SSI – SSD - SSDI</i>	
	<i>Bonos de comida – Asistencia pública</i>	
	<i>Manutención de menores - Pensión conyugal</i>	
	<i>Manutención familiar (proveniente de alguien que no vive en el apartamento)</i>	
	<i>Beneficios para veteranos de guerra</i> <i>Salario militar</i>	
	<i>Subsidios en efectivo (AFDC-TANF-AABD)</i>	
	<i>Ingresos de estudiante</i> <i>(Ayuda económica, becas, subsidios)</i>	
	<i>Medicare - Medicaid</i>	
	<i>Pensiones – Anualidades – Seguro de vida</i>	
	<i>Otros: Empleo independiente – Renta de propiedades inmuebles – Intereses de cuentas bancarias</i>	
	<i>Pagos globales de herencias, ganancias de lotería, ganancias capitales, etc.</i>	

E. BIENES - Enumere todos los bienes pertenecientes a los integrantes del hogar:

	Saldo actual de la cuenta	Entidad donde se haya la cuenta	Propietario (Integrante del hogar)	Porcentaje anual de intereses
<i>Cuentas de cheques</i>				
<i>Cuentas de ahorros</i>				
<i>Acciones/Bonos/CDS</i>				
<i>Bienes inmuebles</i>				
<i>Pensiones/Jubilación y Fideicomisos</i>				
<i>Dinero en efectivo</i>				
<i>Propiedad personal de inversión</i>				
<i>Otros</i>				

¿Ha vendido o regalado bienes inmuebles u otro tipo de bienes en los últimos dos años? [] SÍ [] NO
Si la respuesta es SÍ, por favor, explique: _____

G. Enumere todos los estados en los que ha vivido o ha tenido licencia de conducir durante los últimos cinco años:

En caso de emergencia contactar a:

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

PARA PERMANECER EN LA LISTA DE ESPERA, DEBE CONTACTAR AL ADMINISTRADOR RESIDENCIAL Y ACTUALIZAR ESTA SOLICITUD CADA 90 DÍAS. AL FIRMAR ABAJO SOLICITA RECIBIR NOTIFICACIÓN (INCLUSIVE NOTIFICACIÓN TELEFÓNICA) ACERCA DE LA DISPONIBILIDAD DE APARTAMENTOS HASTA CUANDO SE LE BORRE DE LA LISTA DE ESPERA O SE APRUEBE SU SOLICITUD DE VIVIENDA.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del co-solicitante _____ Fecha _____

Firma de otro adulto _____ Fecha _____

Firma de otro adulto _____ Fecha _____

LOS APARTAMENTOS SE ARRIENDAN A TODOS LOS SOLICITANTES QUE CALIFIQUEN SEGÚN LAS LEYES DE VIVIENDA EQUITATIVA

La Empresa de Vivienda no discrimina sobre la base de raza, color, credo, religión, sexo, edad, discapacidad, estatus familiar, origen nacional y tampoco por la razón de que el solicitante reciba asistencia federal, estatal o local.

DECLARACIÓN DE POLÍTICAS DE AJUSTES RAZONABLES

Los servicios y estructuras de alojamiento ofrecidos por La Empresa de Vivienda no discriminan a las personas con discapacidades. Brindamos oportunidad equitativa a todas las personas con discapacidades y, previa solicitud, realizamos los ajustes necesarios para satisfacer las necesidades de tales personas siempre y cuando estos ajustes sean razonables y factibles en sentido económico. En caso de que tal necesidad no sea evidente, la Administración puede solicitar verificación de que la persona solicitante/residente es discapacitada y, por lo tanto, requiere que se realicen tales ajustes. Las solicitudes de ajustes a la vivienda serán procesadas con la mayor prontitud posible. Se ha designado una función específica a la persona nombrada abajo para coordinar el cumplimiento de los requisitos no discriminatorios del Departamento de Vivienda y la implementación de los reglamentos de Desarrollo Urbano de la Sección 504 (24CFR, Parte 8, con fecha junio 2, 1988). Función: Gerente Regional de Bienes Inmuebles de La Empresa de Vivienda, P. O. Box 6943, Boise, ID 83707-0943, Teléfono: 208-331-4890, TDD: 800-545-1833, ext. 628

**SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE ARRIENDO
PARA SER LLENADO POR EL CO-SOLICITANTE**

NOMBRE DEL CO-SOLICITANTE: (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

HISTORIAL DE ARRENDADORES – Últimos 5 años (Si necesita más espacio, por favor, adjunte otra hoja):

1. Nombre del arrendador actual: _____ Renta mensual: \$ _____
Dirección del arrendador actual: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del arrendador actual: _____ Fecha de residencia: _____ hasta _____

2. Nombre del arrendador anterior: _____ Renta mensual: \$ _____
Dirección del arrendador anterior: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del arrendador anterior: _____ Fecha de residencia: _____ hasta _____

3. Nombre del arrendador anterior: _____ Renta mensual: \$ _____
Dirección del arrendador anterior: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del arrendador anterior: _____ Fecha de residencia: _____ hasta _____

Casa propia []

Si no tiene el historial de arrendadores de los últimos 5 años, por favor, suministre tres (3) referencias de profesionales conocidos por lo menos durante tres (3) años que no sean amigos o parientes suyos:

1. Nombre _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Tipo de referencia (Ejemplos: Maestro(a), miembro del clero, empleador anterior) _____

2. Nombre _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Tipo de referencia (Ejemplos: Maestro(a), miembro del clero, empleador anterior) _____

3. Nombre _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Tipo de referencia (Ejemplos: Maestro(a), miembro del clero, empleador anterior) _____

Firma del co-solicitante _____ **Fecha** _____

Este formulario caducará al año de haberse firmado.



ENTREGA DE HISTORIALES Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por la presente, yo, el abajo firmante, autorizo a la administración y representantes autorizados de The Housing Company a ponerse en contacto con cualquier dependencia, departamentos de policía, incluyendo la policía estatal de Idaho, o cualquier otra organización con el fin de obtener información de antecedentes que sirva para determinar si seré apto como inquilino de los departamentos. Autorizo a que The Housing Company solicite dicha información de antecedentes, que incluyen mas no se limitan a antecedentes penales, específicamente para incluir declaraciones de culpabilidad de delitos graves, antecedentes de delitos o comportamiento violento, lesiones a personas o daño a la propiedad, producción y venta de drogas ilícitas y delitos sexuales. Además, autorizo a esas dependencias y departamentos de policía a entregar esos historiales a la administración de los departamentos y/o a sus representantes autorizados.

Por la presente exonero y libero a The Housing Company, sus propietarios, administración, empleados y representantes autorizados, de toda responsabilidad relacionada con la obtención, uso y resguardo de toda la información entregada a continuación relacionada con la revisión de mi derecho a ser inquilino del conjunto o subsecuentemente durante mi ocupación, si tal ocupación es aprobada. Autorizo también a que se verifique toda la información proporcionada abajo.

Entiendo que The Housing Company, a través de su administración, incluyendo el gerente residente, puede recibir solicitudes de la policía u otras autoridades públicas, con respecto a información acerca de mí o de otros integrantes de mi casa que vivan conmigo o sean mis huéspedes. Acepto que The Housing Company, a través de sus representantes, puede proporcionar información de identificación, direcciones de trabajo y residencia y números telefónicos, e información relacionada directamente con las investigaciones penales a una dependencia oficial de policía o en caso de urgencia, según lo determine esa dependencia de policía o de urgencias. Entiendo que, aparte de la entrega de esta información específica para una urgencia o investigación penal, mis archivos o la información que contienen serán entregados sólo si se presenta un citatorio por esa información. Acepto exonerar y liberar a The Housing Company, sus propietarios, administración, empleados y representantes autorizados, de toda responsabilidad relacionada con la entrega de información en el caso de investigación penal o urgencia o si se entregó para acatar un citatorio.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

APELLIDO DE SOLTERA U OTROS NOMBRES USADOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL GERENTE RESIDENTE: _____ **FECHA:** _____

*The Housing Company no discrimina por causas de discapacidad para admitir o dar acceso ni por causas de tratamiento o empleo a sus programas y actividades respaldadas por el gobierno federal. La persona del puesto referido abajo ha sido designada para coordinar el acatamiento de los requisitos de no discriminación contenidos en las normas del Departamento de Vivienda y Urbanización que ponen en ejecución la Sección 504 (24CFR, Parte 8 con fecha del 2 de junio de 1988). Puesto: gerente regional de bienes raíces,
The Housing Company, P. O. Box 6943, Boise, ID 83707-0943, Correo de voz: 208-331-4890, Personas con problemas auditivos (TDD) 1-800-545-1833, ext. 628*



DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE SOLICITUD
RE: Plan de selección de residentes

Tuve la oportunidad de leer un ejemplar del Plan de selección de residentes del conjunto

_____.

Marque una de las siguientes:

Leí y entendí el Plan de selección de residentes.

Renuncié a la oportunidad de leer el Plan de selección de residentes.

(Firma del solicitante)

(Fecha)

(Firma del solicitante conjunto)

(Fecha)

(Firma del gerente residente)

(Fecha)

Gerente residente: Envíe esta declaración de conocimiento a la oficina central junto con la solicitud.



LANDLORD VERIFICATION

Date: _____

To Former Management Company or Landlord:

From: _____

Return this verification to the person listed here

RELEASE: I hereby authorize the release of the requested information.

Signature of Applicant

Date

Subject: Verification of Information, Supplied by an Applicant, for Housing Assistance.

Name of Applicant: _____ Applicant's Former Address: _____

Information Being Requested:

- 1. How long was tenancy: Move In Date: _____ Move Out Date: _____
- 2. Was Proper Notice Given: Yes () No () Was Lease fulfilled? Yes () No ()
- 3. Was deposit returned? Yes () No () How was unit left at move-out? _____
- 4. Amount of Monthly Rent \$ _____ Paid on time? Yes () No ()
- 5. How many times was rent late? _____ How many NSF checks? _____
- 6. Did Tenant maintain the housing safe, clean, and in good condition? Yes () No ()
Explain: _____
- 7. Did Tenant have unauthorized person or pet at any time? Yes () No ()
Explain: _____
- 8. Did Tenant have a history of violating rental agreement? Yes () No ()
Explain: _____
- 9. Did Tenant or household members cause destruction/damage to housing? Yes () No ()
Explain: _____
- 10. Did Tenant have a history of violence or harassment to neighbors? Yes () No ()
Explain: _____
- 11. Was there any knowledge of drug related or criminal activity? Yes () No ()
Explain: _____
- 12. Would you rent to this Tenant again? Yes () No ()
Explain: _____

Information Provided By:

Please Print Name

Title

Date

Signature

Telephone Number



PROFESSIONAL REFERENCE

Date: _____

To: _____

From: _____

Return this verification to the person listed here

RELEASE: I hereby authorize the release of the requested information.

Signature of Applicant

Date

Subject: Verification of Information Supplied by an Applicant for Housing Assistance.

Name of Applicant: _____

Information Being Requested

1. Are you related to the Applicant? YES()NO()
If you are related what is your relationship? _____
2. How long have you known the Applicant? _____
3. How do you know the Applicant? _____
4. To your knowledge does the Applicant keep their residence clean and in good condition? YES()NO()
Comments: _____
5. Does this Applicant have a history of violence or harassment to their neighbors or others? YES()NO()
Explain: _____
6. To your knowledge does this applicant have a history of drug related or criminal activity? YES()NO()
Explain: _____
7. If you were a Landlord would you rent to this Applicant? YES()NO()
Comments: _____
8. Are there any other comments that you would like to make about this applicant?

Information provided by:

Please Print Name

Title

Date

Signature

Telephone Number



CREDIT & CRIMINAL REPORT REQUEST

COMPLEX: _____

RESIDENT MANAGER _____

I/we hereby authorize The Housing Company to access my/our credit profiles and criminal history from any or all credit repositories and criminal data sources.

Signature of Applicant

Date Signed

Signature of Spouse/Co-Applicant

Date Signed

APPLICANT NAME: (please print)

(First Name) (MI) (Last Name)

Social Security Number _____ DOB ____ / ____ / ____

Current Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Current Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
(if different than Current Street Address)

Previous Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Employer's Name: _____ Phone # (____) _____

Employer's Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

SPOUSE/CO-APPLICANT: (please print)

(First Name) (MI) (Last Name)

Social Security Number _____ DOB ____ / ____ / ____

Current Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Current Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
(if different than Current Street Address)

Previous Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Employer's Name: _____ Phone # (____) _____

Employer's Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____



Forma de informe voluntario sobre datos raciales, étnicos y de discapacidad

RM47
3-26-06

Nombre de la propiedad	Dirección de la propiedad
THE HOUSING COMPANY	Tax Credit y/o HOME
Nombre del propietario o representante de la administración	Tipo de asistencia o título del programa:
Nombre del jefe de familia	
Fecha (mm/dd/aaaa): _____	APARTAMENTO # _____

PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES UN ACTO COMPLETAMENTE VOLUNTARIO. Esta información se solicita porque esta comunidad de apartamentos recibió fondos financieros para ayudar a pagar los costos de construcción, y la administración tiene obligaciones federales de dar informes. Si usted no desea proporcionar esta información, por favor, indíquelo abajo, firme y devuelva este documento a la administración. Si usted si desea proporcionar la información, por favor indique que categorías raciales y étnicas aplican para su hogar y si los integrantes de su hogar son discapacitados según se define en la parte posterior de este documento.

Categorías étnicas*	Marque una
Hispano o latino	
No hispano ni latino	
Categorías raciales*	Marque las que correspondan
Indoamericano o nativo de Alaska	
Asiático	
Negro o afroamericano	
Hawaiano o de otras islas del Pacífico	
Blanco	
Otro	
Estado de discapacidad*	Marque si es el caso
¿Algún integrante del hogar (o integrantes) es discapacitado según se define en la parte posterior de esta forma?	

***Al reverso encontrará las definiciones de estas categorías.**

[] No deseo proporcionar esta información.

Le agradecemos por ayudarnos a cumplir con nuestras obligaciones federales de dar informes. No se castiga a quienes no llenen esta forma.

Firma

Fecha

The Housing Company no discrimina por causas de discapacidad para admitir o dar acceso ni por causas de tratamiento o empleo a sus programas y actividades respaldadas por el gobierno federal. La persona del puesto referido abajo ha sido designada para coordinar el acatamiento de los requisitos de no discriminación contenidos en las normas del Departamento de Vivienda y Urbanización que pone en ejecución la Sección 504 (24CFR, Parte 8 con fecha del 2 de junio de 1988).
Puesto: gerente regional de bienes raíces, The Housing Company, P. O. Box 6943, Boise, ID 83707-0943, Correo de voz: 208-331-4890, Personas con problemas auditivos (TDD) 1-800-545-1833, ext. 628



Instrucciones para el informe voluntario sobre datos raciales, étnicos y de discapacidad

A. Instrucciones generales:

Para dar el informe anual obligatorio por los fondos federales usados para construir esta propiedad, el Gobierno federal requiere que la administración solicite a los jefes de familia que quieran la prestación (solicitantes) y aquellos que ya tienen (inquilinos) la ayuda de vivienda que completen esta forma estrictamente de manera voluntaria.

Se requiere que los propietarios y representantes ofrezcan al solicitante o inquilino la **opción** de llenar la forma. Cuando se llene la forma, ya no es necesario volver a llenarla a menos que cambie el jefe o la composición del hogar. No hay castigo para las personas que no llenen la forma.

1. Las dos categorías étnicas de las que debe elegir se definen a continuación. Debe marcar una de las dos.
 1. **Hispano o latino.** Persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano u otro español, cualquiera que sea su raza. El término “origen español” puede usarse además de “hispano” o “latino”.
 2. **No hispano ni latino.** Persona que no es de cultura ni origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano u otro español, cualquiera que sea su raza.
2. Las cinco categorías a elegir se definen a continuación. Debe marcar todas las que correspondan a usted.
 1. **Indoamericano o nativo de Alaska.** Persona que descende de los pueblos originales de Norteamérica o Sudamérica (incluyendo Centroamérica) y que mantiene una afiliación tribal o apego a su comunidad.
 2. **Asiático.** Persona que descende de un pueblo original del Lejano Oriente, sureste de Asia o el subcontinente hindú, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
 3. **Negro o afroamericano.** Persona que descende de cualquier grupo racial de África. El término “haitiano” puede usarse además de “negro” o “afroamericano”.
 4. **4. Hawaiano o de otras islas del Pacífico.** Persona que descende de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
 5. **Blanco.** Persona que descende de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio y norte de África.
3. **Definición de persona discapacitada:** Bajo las leyes federales, una persona es discapacitada si el/ella tiene una discapacidad mental o física que limite sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida; si tiene registro de tal discapacidad o es considerada como una persona con discapacidad. (“Principales actividades de la vida” significa aquellas actividades que son de importancia central para la vida diaria como ver, escuchar, caminar, respirar, realizar actividades manuales, cuidar de sí mismo, aprender y hablar (esta lista de principales actividades de la vida diaria no es exhaustiva)).

