



Revisado 09/2014

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 (Si 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):

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 _____
2. **Nombre** _____ Teléfono (____) _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
3. **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.

