

Complejo: _____ Tipo Unidad Solicitada: _____ Dormitorios <input type="checkbox"/> Handicap	<i>Sólo uso de oficina</i>
Todos los espacios en blanco deben ser llenados para que esta solicitud sea considerada completa y procesada para elegibilidad. Escriba N / A si la información solicitada no se aplica. Si necesita espacio adicional, adjunte hojas separadas. Devuelva esta solicitud al administrador del complejo de apartamentos en el que desea residir.	Fecha _____ Hora _____ AM / PM

Información del solicitante principal

Nombre legal completo	# de seguro social	Fecha de nacimiento	No. de licencia
Solicitante:			
Co-solicitante:			
Co-solicitante o Miembro del hogar:			
Co-solicitante o Miembro del hogar:			
Miembro del hogar:			
Miembro del hogar:			

1. ¿Alguna vez ha vivido en un proyecto de RD, HUD u otro programa federal de vivienda? Sí No
 ¿Si sí donde? _____ Fecha de salida: _____
2. ¿Alguna vez ha sido desalojado de vivienda privada, vivienda pública o cualquier otra vivienda federal? Sí No
 En caso afirmativo, ¿dónde, cuándo y por qué? _____
3. ¿Un miembro de la familia se beneficiaría de una silla de ruedas/otra unidad especial para discapacitados? Sí No
 Si es así, ¿está solicitando estas características? Sí No
4. ¿Tiene mascotas o animales de servicio? Sí No
 En caso afirmativo, especifique: _____
5. ¿Es usted o un miembro de la familia un usuario / distribuidor ilegal de una sustancia controlada? Sí No
6. ¿Usted o un miembro de la familia han sido condenados por el uso ilegal de una sustancia controlada? Sí No
7. ¿Ha sido usted o un miembro de la familia condenado por la fabricación o distribución ilegal de una sustancia controlada? Sí No
8. Si las preguntas 5, 6 ó 7 fueron contestadas sí, ¿ha completado la persona con éxito un programa de recuperación de abuso de sustancias o es la persona actualmente inscrita en dicho programa? Sí No N/A
9. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito menor o delito mayor? Sí No
10. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene antecedentes de violencia de cualquier tipo? Sí No
11. ¿Hay algún solicitante de 18 años de edad o más que sea estudiante a tiempo parcial o a tiempo completo? Sí No
 Si es así, ¿quién? _____
12. **TENGO PREFERENCIA:** He sido desplazado por una acción del gobierno o un desastre declarado presidencialmente Sí No (Se le pedirá que proporcione una verificación al momento de la solicitud).

Información de residencia actual / anterior del Solicitante principal

Teléfonos del solicitante: (casa) _____ (trabajo) _____ Teléfono del propietario actual: _____
 Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Código postal: _____ Fecha de mudanza: _____ Duración del arrendamiento: _____
 Propietario actual / Dirección: _____
 Renta mensual: \$ _____ Razones para mudarse: _____
 Dirección anterior: _____ Residencia de: ___ \ ___ \ ___ A: ___ \ ___ \ ___
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Duración del Arrendamiento: _____
 Nombre del Propietario / Dirección: _____ Teléfono del propietario anterior: _____
 Motivo de mudanza: _____
 Dirección anterior: _____ Residencia de: ___ \ ___ \ ___ A: ___ \ ___ \ ___
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Duración del Arrendamiento: _____
 Nombre del Propietario / Dirección: _____ Teléfono del propietario anterior: _____
 Motivo de mudanza: _____

Información del banco actual del solicitante principal

Tipo	Número de cuenta	Nombre del banco	Tasa de interés %	Balance
Cuenta de cheques				
Cuenta de cheques				
Cuenta de ahorros				
Certificado				
Otro				

Inversiones actuales del Solicitante principal

Bonos de Ahorro: Sí No
 No. _____ Fecha de vencimiento _____ Valor en efectivo \$ _____
 Seguro de vida: Sí No
 Nombre: _____ Póliza No. _____ Valor en Efectivo \$ _____
 Bonos o Acciones: Sí No
 En caso afirmativo, anote el valor actual \$ _____
 Bienes inmuebles: Sí No
 En caso afirmativo, escriba: _____ Valor de mercado estimado \$ _____
 Ubicación: _____
 ¿Ha vendido / desecho de cualquier propiedad / activo en los últimos 2 años? Sí No
 Si propiedad / activo vendido, indique el tipo de propiedad / activo: _____
 Fecha propiedad / activo vendido: _____ Monto recibido del activo \$ _____
 Liste otros activos no mencionados arriba (excluyendo artículos de uso doméstico): _____

Principales Ingresos del Solicitante de Activos, Empleo y Otras Fuentes

Hacer lista de los ingresos por venta de bienes, los intereses sobre los activos, los dividendos y las anualidades, el empleo a tiempo completo o parcial, la pensión, las SS, el SSI, las agencias de asistencia social, los cupones de alimentos, la discapacidad, las reservas de las fuerzas armadas, desempleo, pensión alimenticia, cuidado de niños, manutención de niños, subsidios estudiantiles, contribuciones regulares de personas que no residen con usted. Por favor, muestre fuentes de ingresos por lo menos durante los últimos 12 meses.

Fuente de ingreso	Dirección de Fuente de Ingresos	Fecha de inicio	Fecha final	Longitud	Ingresos brutos anuales

Deducciones

1. Excepto el solicitante y co-solicitante, ¿es algún miembro del hogar un estudiante de tiempo completo y 18 años mayor de edad? (El estudiante debe llevar una carga de "tiempo completo" según lo definido por la universidad / escuela asistida). Sí No

2. ¿Solicita un ajuste a los ingresos debido al pago de cuidado de niños que le permite o un Sí No miembro de su hogar para trabajar? (Nota: Sólo los importes no reembolsados para el cuidado de niños menores de edad menores de 13 años de edad y sólo se permite cuando dicha asistencia es necesaria para miembro de la familia para continuar su educación o para ser un empleado remunerado).

En caso afirmativo, Gastos anuales previstos: \$ _____

Nombre, dirección y teléfono del proveedor de cuidado: _____

3. ¿Usted o algún miembro del hogar solicita un ajuste de discapacidad / discapacidad a los ingresos? Sí No
(Nota: Esta deducción sólo se permite si el solicitante o co-solicitante tiene 62 años de edad o más o está incapacitado o discapacitados. NO INCLUYE GASTOS CUBIERTOS POR MEDICARE O SEGUROS.)

En caso afirmativo, complete lo siguiente (adjunte hoja adicional a esta solicitud si es necesario):

Gasto Anticipado por Prescripciones y Artículos sin Prescripción
según lo prescrito por un médico para los próximos 12 meses

<u>Pharmacy Name</u>	<u>Dirección</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Gastos Anticipados para Servicios Hospitalarios, Médicos, Dentales,
Prima de seguro médico por los próximos 12 meses

<u>Nombre / póliza</u>	<u>Dirección</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Gastos Anticipados para Hospital, Médico, Dental u Óptico

<u>Proveedor</u>	<u>Dirección</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Referencias personales del Solicitante Principal

Referencias personales - Personas no relacionadas que no viven con usted y a quien usted conoce 1+ años

Nombre	Dirección	Código de área / Teléfono

Automóviles

Año	Marca y modelo del vehículo	Numero de placas	Estado donde el automovil esta registrado

Información de Deuda y Crédito del Solicitante Principal

Proporcione toda la información sobre su historial de deuda actual como se solicita a continuación, se requiere información completa y precisa. Incluya préstamos para automóviles, préstamos para equipos y muebles, tarjetas de crédito, cuentas giratorias (es decir, cuentas de tiendas por departamentos), préstamos estudiantiles, préstamos personales y cualquier otra deuda que usted deba.

Fuente de Crédito / Nombre de la compañía	Dirección de Fuente de Crédito	Número de cuenta	Balance actual	Pago minimo mensual	Pagos al corriente Si o No

Información del Co-Solicitante

Información del Co-Solicitante

Nombre: _____ Número de licencia de conducir: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Alguna vez ha vivido en un proyecto de RD, HUD u otro programa federal de vivienda? Sí No
 ¿Si sí donde? _____ Fecha de salida: _____
2. ¿Alguna vez ha sido desalojado de vivienda privada, vivienda pública o cualquier otra vivienda federal? Sí No
 En caso afirmativo, ¿dónde, cuándo y por qué? _____
3. ¿Un miembro de la familia se beneficiaría de una silla de ruedas/otra unidad especial para discapacitados? Sí No
 Si es así, ¿está solicitando estas características? Sí No
4. ¿Tiene mascotas o animales de servicio? Sí No
 En caso afirmativo, especifique: _____
5. ¿Es usted o un miembro de la familia un usuario / distribuidor ilegal de una sustancia controlada? Sí No
6. ¿Usted o un miembro de la familia han sido condenados por el uso ilegal de una sustancia controlada? Sí No
7. ¿Ha sido usted o un miembro de la familia condenado por la fabricación o distribución ilegal de una sustancia controlada? Sí No
8. Si las preguntas 5, 6 ó 7 fueron contestadas sí, ¿ha completado la persona con éxito un programa de recuperación de abuso de sustancias o es la persona actualmente inscrita en dicho programa? Sí No
9. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito menor o delito mayor? Sí No
10. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene antecedentes de violencia de cualquier tipo? Sí No

Información de residencia actual / anterior del Co-Solicitante

✓ aquí si su información de residencia actual / anterior es la misma que la del solicitante principal y no complete esta sección.

Teléfonos del solicitante: (casa) _____ (trabajo) _____ Teléfono del propietario actual: _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fecha de mudanza: _____ Duración del arrendamiento: _____

Propietario actual / Dirección: _____

Renta mensual: \$ _____ Razones para mudarse: _____

Dirección anterior: _____ Residencia de: ___ \ ___ \ ___ A: ___ \ ___ \ ___

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Duración del Arrendamiento: _____

Nombre del Propietario / Dirección: _____ Teléfono del propietario anterior: _____

Motivo del traslado:

Dirección anterior: _____ Residencia de: ___ \ ___ \ ___ A: ___ \ ___ \ ___

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Duración del Arrendamiento: _____

Nombre del Propietario / Dirección: _____ Teléfono del propietario anterior: _____

Motivo del traslado:

Información de Deuda y Crédito del Co-Solicitante

aquí si su información de deuda y crédito es la misma que la del solicitante principal y no complete esta sección.

Proporcione toda la información sobre su historial de deuda actual como se solicita a continuación, se requiere información completa y precisa. Incluya préstamos para automóviles, préstamos para equipos y muebles, tarjetas de crédito, cuentas giratorias (es decir, cuentas de tiendas por departamentos), préstamos estudiantiles, préstamos personales y cualquier otra deuda que usted y / o cualquier miembro de su hogar deba.

Fuente de Crédito / Nombre de la compañía	Dirección de Fuente de Crédito	Número de cuenta	Balance actual	Pago minimo mensual	Pagos al corriente Si o No

Información Bancaria del Co-Solicitante

aquí si su información de deuda y crédito es la misma que la del solicitante principal y no complete esta sección.

Tipo	Número de cuenta	Nombre del banco	Tasa de interés %	Balance
Cuenta de cheques				
Cuenta de cheques				
Cuenta de ahorros				
Certificado				
Otro				

Inversiones actuales del Co-Solicitante

aquí si su información de inversión actual es la misma que la del solicitante principal y no completa esta sección.

Bonos de Ahorro: Sí No
 No. _____ Fecha de vencimiento _____ Valor en efectivo \$ _____

Seguro de vida: Sí No
 Nombre: _____ Póliza No. _____ Valor en Efectivo \$ _____

Bonos o Acciones: Sí No
 En caso afirmativo, anote el valor actual \$ _____

Bienes inmuebles: Sí No
 En caso afirmativo, escriba: _____ Valor de mercado estimado \$ _____

Ubicación: _____
 ¿Ha vendido / desecho de cualquier propiedad / activo en los últimos 2 años? Sí No

Si propiedad / activo vendido, indique el tipo de propiedad / activo: _____

Fecha propiedad / activo vendido: _____ Monto recibido del activo \$ _____

Liste otros activos no mencionados arriba (excluyendo artículos de uso doméstico):

Ingresos de activos, empleo y otras fuentes de Co-Solicitantes

Hacer lista de los ingresos por venta de bienes, los intereses sobre los activos, los dividendos y las anualidades, el empleo a tiempo completo o parcial, la pensión, las SS, el SSI, las agencias de asistencia social, los cupones de alimentos, la discapacidad, las reservas de las fuerzas armadas, desempleo, pensión alimenticia, cuidado de niños, manutención de niños, subsidios estudiantiles, contribuciones regulares de personas que no residen con usted. Por favor, muestre fuentes de ingresos por lo menos durante los últimos 12 meses.

Fuente de ingreso	Dirección de Fuente de Ingresos	Fecha de inicio	Fecha final	Longitud	Ingresos brutos anuales