



Solicitud previa/formulario de la lista de espera

Esta comunidad tiene una Política de no fumar y los alquileres realizados después del 1 de febrero de 2013 serán solo de unidades para no fumadores. (Esta versión traducida del documento solo tiene el propósito de brindar información. La versión operativa está en inglés).

Esta propiedad es un proyecto financiado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (US Department of Housing and Urban Development, HUD) y opera de acuerdo con la Ley Federal de Vivienda Justa que prohíbe la discriminación en la vivienda con base en la raza, el color, la nacionalidad, la religión, el sexo, la discapacidad y el estado familiar (es decir, presencia de los hijos en la casa). El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. implementa los reglamentos que garantizan que sus programas estén disponibles para todas las personas elegibles sin importar su orientación sexual real o percibida o identidad de género.

Si tiene una discapacidad y necesita asistencia con el proceso de solicitud, comuníquese con el Director ejecutivo de esta comunidad.

1. Mencione a cada persona que vivirá en la unidad si recibió asistencia. (Comience por usted mismo)

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con usted	N.º de seguro social	Ingreso anual bruto
		/ /		/ /	\$
		/ /		/ /	\$

2. Dirección actual _____ Apto. N.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tel. _____

3. a. ¿Alguien más vive con usted ahora que no se haya mencionado anteriormente? SÍ NO

b. Si la respuesta es afirmativa, explique porqué esta persona no vivirá con usted si se muda a una unidad.

4. ¿Es alguna de las personas antes mencionadas un estudiante de tiempo completo? SÍ NO

5. ¿Alguna vez ha vivido en una vivienda subsidiada por el gobierno? SÍ NO

Si su respuesta es afirmativa, proporcione la siguiente información sobre la vivienda subsidiada más reciente:

Nombre y dirección del sitio/propietario _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ N.º de tel. _____

6. ¿Tiene algún integrante de su grupo familiar alguna necesidad especial? SÍ NO

Si la respuesta es sí, identifique: _____

7. ¿Usted o algún miembro de su familia han sido desalojados de la vivienda asistida? SÍ NO

O ¿Han aparecido en algún registro de agresor sexual en su vida? SÍ NO

8. ¿Cómo se enteró de esta comunidad? _____

9. Raza del grupo familiar (no existe sanción alguna por no completar este inciso [opcional])

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo, hawaiano o isleño del Pacífico
- Otro

10. Etnia del jefe del grupo familiar (no existe sanción alguna por no completar este inciso [opcional])

- Hispano o latino
- No hispano o no latino

Certificación del solicitante: Por este medio certifico que las declaraciones realizadas en esta solicitud son verídicas y están completas según mi leal saber y entender. Entiendo que hacer declaraciones falsas o dar información incompleta puede ser motivo para un castigo según la Ley federal.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Management Office Use:

Date Application Mailed _____ Initials _____ Date & Time Application Returned _____ Initials _____