



Housing Visions Consultants, Inc.  
 1201 East Fayette Street  
 Syracuse, NY 13210  
 855-474-8476 Toll Free Phone  
 315-471-3921 Fax  
 711 TDD

Para el uso de la oficina de administración: **Walnut Avenue Homes Application**

Fecha recibida: \_\_\_\_\_  
 Tiempo recibido: \_\_\_\_\_

Me refirieron por: (favor marque los que correspondan)

- Amigo/Familiar (Nombre: \_\_\_\_\_)  Agencia (Nombre: \_\_\_\_\_)  Periódico (Nombre: \_\_\_\_\_)  
 Folleto(Lugar: \_\_\_\_\_)  TV (Estación: \_\_\_\_\_)  Artículo(Publicación: \_\_\_\_\_)

Estoy interesado en un apartamento de: Uno Dos Tres Cuatro, cuartos. (Escoja el número que corresponde)

**Información del Hogar:**

Complete la siguiente información para cada miembro del hogar que ocupara la unidad al tiempo de mudanza:

Nombre Primer, 2do inicial, Apellido	Relación a la cabeza de familia	M/F	Estatus Matrimonial: S-Soltero C-Casado D-Divorciado Sep. -Separado D-Distanciado V-Viudo/a	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento; Mes, Día, Año	Incapacitado Si/No	Estudiante Si/No
	Cabeza de Familia						

**Dirección Actual:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Teléfono de día:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Teléfono de noche:**(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_



Conteste SÍ o NO a cada pregunta.

SI      NO

- 1. ¿Se puede esperar cualquier adición a la familia en los próximos doce meses?**  
Nombre & Relación: \_\_\_\_\_  
Explique: \_\_\_\_\_
- 2. Debido a una incapacidad, ¿necesita una unidad con características especiales?  
(Por favor circule la respuesta adecuada)**  
Unidad accesible a silla de ruedas,      Unidad para personas con problemas de visión  
Unidad para personas con incapacidad auditiva,      Unidad de primer piso,      Cuarto Adicional
- 3. ¿Usted o alguien en su familia necesita un asistente que viva en el apartamento?**  
Nombre del Asistente: \_\_\_\_\_
- 4. ¿Actualmente vive en viviendas de calidad inferior o es vagabundo debido a condiciones deficientes de vivienda?  
*Esta información debe de ser documentada por una agencia que da testimonio a las condiciones.***  
Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_
- 5. ¿Su familia recibirá asistencia de alquiler de sección 8 al tiempo de mudanza?**  
Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_
- 6. ¿Tiene custodia total de todos los niños nombrados en la aplicación?**  
Si no, explique los arreglos de custodia: \_\_\_\_\_
- 7. ¿Usted o cualquier otra persona nombrada en la aplicación ha sido declarado culpable de un delito en los últimos 10 años?**  
Explique: \_\_\_\_\_
- 8. ¿Usted o cualquier otra persona nombrada en la aplicación ha sido declarado culpable de la venta o la fabricación de drogas ilegales en los últimos 5 años?**  
Explique: \_\_\_\_\_
- 9. ¿Ha sido desalojado de una unidad de alquiler de cualquier clase incluyendo un apartamento, casa, caravana o remolque dentro de los últimos 5 años?**  
Explique: \_\_\_\_\_
- 10. ¿Usted o un miembro de su familia han sido declarado culpable de un crimen relacionado con sexo o están sujetos a registrar de por vida en un programa estatal de delincuentes sexuales?**  
Explique: \_\_\_\_\_



**Contacto de emergencia:**

Nombre/dirección (si es posible liste a alguien en esta área que no está incluida en la solicitud)

\_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Referencias de vivienda**

Haga una lista de los últimos CINCO años de referencias de vivienda. (Si requiere espacio adicional, utilice la parte de atrás de la página)

	<u>Dirección/Nombre Del propietario</u>	<u>Su Dirección</u>	<u>Dueño/Renta</u>	<u>Fechas</u>
1.	_____ _____ _____ Teléfono: ( ) _____	_____ _____ _____	Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/>	Mudanza en: _____ Mudanza fuera: _____
2.	_____ _____ _____ Teléfono: ( ) _____	_____ _____ _____	Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/>	Mudanza en: _____ Mudanza fuera: _____
3.	_____ _____ _____ Teléfono: ( ) _____	_____ _____ _____	Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/>	Mudanza en: _____ Mudanza fuera: _____
4.	_____ _____ _____ Teléfono: ( ) _____	_____ _____ _____	Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/>	Mudanza en: _____ Mudanza fuera: _____
5.	_____ _____ _____ Teléfono: ( ) _____	_____ _____ _____	Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/>	Mudanza en: _____ Mudanza fuera: _____



**Información de Ingresos:**

Ingresos se consideran para cualquier persona de 18 años de edad o más (a menos que sea legalmente emancipado). Sin embargo, si los ingresos son ingresos no ganados, como becas o beneficios, se cuenta para todos los miembros de la familia incluyendo los menores de edad. Incluya la cantidad monetaria (\$) en el espacio proveído.

**Incluya todos los ingresos anticipados durante los próximos 12 meses.**

**USTED o CUALQUIER persona en su hogar reciben O esperan recibir ingresos de:**

			Miembro de Hogar	Fuente de Ingreso/ Lugar	Cantidad Mensual
Empleo	[ ] Si	[ ] No	1.		\$
			2.		\$
Seguro Social	[ ] Si	[ ] No	1.		\$
			2.		\$
			3.		\$
SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)	[ ] Si	[ ] No	1.		\$
			2.		\$
			3.		\$
Asistencia Publica	[ ] Si	[ ] No	1.		\$
			2.		\$
Desempleo	[ ] Si	[ ] No	1.		\$
			2.		\$
Manutención de menores	[ ] Si	[ ] No	1.		\$
			2.		\$
Compensación de Trabajadores	[ ] Si	[ ] No	1.		\$
			2.		\$
Pensión	[ ] Si	[ ] No	1.		\$
			2.		\$
Pagos por Invalidez	[ ] Si	[ ] No			\$
Beneficios de Veteranos	[ ] Si	[ ] No			\$
Pensión Alimenticia	[ ] Si	[ ] No			\$
Propio Empleo	[ ] Si	[ ] No			\$
Paga Militar	[ ] Si	[ ] No			\$
Contribución de Amigo/ Familia	[ ] Si	[ ] No			\$
Otro Ingreso	[ ] Si	[ ] No			\$

**SI**      **NO**  
     

**1. ¿Usted o algún otro miembro de su familia esperan algún cambio en sus ingresos en los próximos 12 meses?**

Explique: \_\_\_\_\_

           **2. ¿USTED o ALGÚN OTRO ADULTO de su hogar está reclamando cero ingresos?**  
 Miembro de Hogar \_\_\_\_\_



**Información de Bienes:**

Incluya todos los bienes activos poseídos, bienes activos se define como cualquier suma fija de capital que usted espera y ya tiene acceso. Incluye el valor de los bienes activos en el espacio proveído.

USTED o CUALQUIER miembro de su familia posee bienes: (Incluya TODOS los bienes que poseen TODOS los miembros de la familia incluyendo los menores de edad.)

	<b>Cantidad</b>		
Cuenta de Cheques	[ ] Si	[ ] No	\$
Cuenta de Ahorros	[ ] Si	[ ] No	\$
Certificado de Deposito	[ ] Si	[ ] No	\$
IRA	[ ] Si	[ ] No	\$
Otro Fondo de Retiro	[ ] Si	[ ] No	\$
Efectivo a la mano	[ ] Si	[ ] No	\$

	<b>Cantidad</b>		
Acciones o bonos	[ ] Si	[ ] No	\$
Fondos de inversión	[ ] Si	[ ] No	\$
Cuenta de Fideicomiso	[ ] Si	[ ] No	\$
Seguro de Vida	[ ] Si	[ ] No	\$
Bienes raíces	[ ] Si	[ ] No	\$
Bienes eliminado de en 2 años	[ ] Si	[ ] No	\$

**Información estudiantil:**

**SI**      **NO**

- 1. ¿TODOS los miembros de su familia (INCLUYENDO MENORES) actualmente son estudiantes a tiempo completo o parcial, o planea serlo dentro de los próximos 12 meses? Si este es el caso, por favor liste quien, estatus estudiantil e indique el nombre de la escuela:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Status Estudiantil: Completo o Parcial Colegio/ Escuela Vocacional: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Status Estudiantil: Completo o Parcial Colegio/ Escuela Vocacional: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Status Estudiantil: Completo o Parcial Colegio/ Escuela Vocacional: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Status Estudiantil: Completo o Parcial Colegio/ Escuela Vocacional: \_\_\_\_\_

Si contesto **SI**, continúe con las siguientes preguntas:

**SI**      **NO**

- a. ¿Es usted un padre soltero con niños y ni usted ni el niño(s) son dependientes reclamados en los impuestos de otra persona?**
- b. ¿Está casado y actualmente presenta una declaración de impuestos conjunta?**
- c. ¿Está recibiendo AFDC (ayuda a familias con niños dependientes)?**
- d. ¿Estaba antes en un programa del cuidado adoptivo?**
- e. ¿Está inscrito en el Job Training Partnership Act (Programa de entrenamiento para Empleo) u otro programa similar que sea local, del condado o estatal?**

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



<b>INFORMACION DE VEHICULO Y ANIMAL DOMESTICO</b> (si se aplica) Listar todos los carros, camiones y otros vehículos poseído por usted. El estacionamiento será proporcionado para <b>UN SOLO</b> vehículo.		
Clase de Vehículo:	Tablilla:	
Año /Marca:	Color:	
Clase de Vehículo:	Tablilla:	
Año /Marca:	Color:	
¿Posee algún animal doméstico?	Si	No
<b><i>Si contesto Si, describa:</i></b>		

Todas las preguntas que fueron contestadas SI serán verificada a través de una fuente apropiada de información terciaria. Será su responsabilidad de ofrecer a la administración toda la información necesaria para procesar su solicitud y verificar su elegibilidad. Esto incluye nombres, direcciones, números de teléfono y de fax, números de cuenta donde aplicable y cualquier otra información necesaria para agilizar este proceso.

Todos los solicitantes calificados tendrán igualdad de oportunidades sin discriminación por raza, credo, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o estado civil.

<b>Información para fines de monitoreo del Gobierno</b>	
<p><b>La siguiente información es solicitada por el Gobierno Federal con el fin de monitorear el cumplimiento de las leyes de vivienda justa. No están obligados a proporcionar esta información, pero se les anima a hacerlo. Housing Visions puede ni discriminar en base de esta información, ni sobre si eliges ofrecer la información. Sin embargo, si elige no proporcionar, bajo las regulaciones federales, Housing Visions se le requiere tomar en cuenta la raza y sexo en base de observación visual o apellido. Si no desea proporcionar la siguiente información, por favor marque inicial abajo.</b></p>	
<p><b>Solicitante:</b>  <b>Raza/Nacionalidad:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano/ nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiáticos, isleños del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p> <p>Sexo:   <input type="checkbox"/> Masculino   <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><b>No deseo proporcionar esta información (inicial) ____</b></p>	<p><b>Esposo/a/Co-Solicitante:</b>  <b>Raza/Nacionalidad:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano/ nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiáticos, isleños del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p> <p>Sexo:   <input type="checkbox"/> Masculino   <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><b>No deseo proporcionar esta información (inicial) ____</b></p>



**Cláusulas de firma:**

Entiendo que la administración depende en esta información para demostrar la elegibilidad de mi hogar para programas de Crédito fiscal para Viviendas de Bajos Ingresos. Certifico que toda la información y respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y completas para lo mejor de mi conocimiento. Doy mi consentimiento para liberar la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Entiendo que proporcionar información falsa o hacer declaraciones falsas pueden ser motivos de denegación de esta solicitud. También entiendo que tal acción puede causar penas criminales.

Autorizo mi consentimiento para que la administración pueda verificar la información contenida en esta aplicación con el objetivo de demostrar mi elegibilidad para ocupación. Proporcionaré toda la información necesaria, donde sea aplicable, incluyendo nombres, direcciones, números de teléfonos y números de cuenta y cualquier otra información requerida para acelerar este proceso. Autorizo a Housing Visions Unlimited, Inc. para obtener un informe de crédito e informe criminal. Entiendo que mi ocupación es contingente en mi cumplimiento de los requisitos para elegir un residente de la administración y las estipulaciones del Programa de Crédito fiscal para Viviendas de bajos ingresos.

**Todos los miembros de familia ADULTOS deben firmar a continuación:**

---

<b>Firma</b> _____	<b>Fecha</b> _____
<b>Firma</b> _____	<b>Fecha</b> _____
<b>Firma</b> _____	<b>Fecha</b> _____

**Autorización**

**Yo/Nosotros** \_\_\_\_\_  
(Todos los miembros de familia 18 y mayor)

autorizo a Housing Visions Unlimited, Inc. o sus agentes y/o representantes autorizados para contactar con cualquier personas, agencias, oficinas, grupos u organizaciones para obtener y verificar cualquier información o material, que se considere necesario para completar (mi o nuestra) certificación para vivienda en este proyecto el cual le pertenece a Housing Visions Unlimited, Inc.

Yo/ Nosotros, entendemos que esta autorización será validad por un año.

_____ Firma de Solicitante/Residente	_____ Fecha
_____ Firma de Solicitante /Residente	_____ Fecha
_____ Firma de Solicitante /Residente	_____ Fecha
_____ Firma de Solicitante /Residente	_____ Fecha

