

HEARTHWAY, INC.
1 Fenn Street, 3rd Fl.
P.O. Box 1180
PITTSFIELD, MASSACHUSETTS 01202-1180
413-499-1630
413-445-7633 (FAX)
SOLICITUD DE VIVIENDA

Libre de Humo
PROPIEDAD

SOLO PARA USO EN LA OFICINA
<i>Fecha de recibido:</i> ____/____/____ <i>Hora:</i> ____:____:____ <i>N.º de BR's:</i> 0 12 <i>Control #:</i> _____

Por favor, indique el tamaño del dormitorio

- | | |
|--|-------------------------------|
| Un dormitorio ____ | Un dormitorio (H) ____ |
| Estudio ____ | Estudio (H) ____ |
| Dos dormitorios ____ (solo Proprietors Fields) | |
| Dos dormitorios ____ (H) (Solo Capitol Sq. & Proprietors) | |

No alquilar unidades asistidas

Dos Dormitorios ____ (Solo Holy Family & Epworth Arms)

POR FAVOR INDIQUE EN QUÉ EDIFICIO(S) ESTÁ INTERESADO:

- ____ BARRETT HOUSE, 17 PLEASANT STREET, ADAMS
- ____ CAPITOL SQUARE, 379 NORTH STREET, PITTSFIELD
- ____ HYDE PLACE, 46 RAILROAD STREET, LEE
- ____ PROPRIETORS FIELDS, 118 CHURCH STREET, WILLIAMSTOWN
- ____ EPWORTH ARMS, 350 WEST STREET, PITTSFIELD
- ____ HOLY FAMILY HOUSING, 611 STATE ROAD, NORTH ADAMS

1) NOMBRE _____ DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE: _____
 CALLE _____
 CIUDAD _____
 ESTADO _____
 ZIP _____
 TEL. # _____
 S.S. # _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

2) Designación racial y étnica (opcional)

Raza: White ____ Asian ____ Black ____ American Indian ____ Other ____
 Etnicidad: Hispanic ____ No-Hispanic ____

3) Historial de alquiler (proporcione un mínimo de 5 años de historial de alquiler)

Propietario actual: _____ Telefono _____
Dirección: _____ Renta Mensual _____
 _____ Utilidades Incluidas _____

Fechas de ocupación: De _____ a _____

¿Por qué quieres dejar esta dirección?

Dirección anterior: _____

Propietario anterior: _____
Dirección: _____

Teléfono #: _____

Fecha de ocupación: De _____ a _____
¿Por qué dejaste esta dirección?

Dirección anterior: _____

Propietario anterior: _____
Dirección: _____

Teléfono #: _____

Fecha de ocupación: De _____ a _____
¿Por qué dejaste esta dirección?

3a) Enumere todos los Estados en los que los Solicitantes han residido:

4) Miembros del hogar: Por favor, enumere a todos para vivir en el hogar.

<u>Nombre</u>	<u>SS#</u>	<u>Relación</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Se espera un cambio en el hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio: _____

5) **Ingresos.** Por favor, enumere todo el dinero que ganará o recibirá en los próximos doce meses cada miembro del hogar que tenga 18 años de edad o más; incluidos los estudiantes de tiempo completo, como salarios, salarios, seguridad social / SSI, pensión, TANF, asistencia pública, desempleo, beneficios por discapacidad, manutención infantil o pensión alimenticia. **Si está cobrando beneficios bajo otro número de seguro social, por favor enumere el número de reclamo aquí:**

<u>Nombre de la persona</u>	<u>Tipo de ingreso</u>	<u>Nombre/Dirección del empleador</u>	<u>Ingresos brutos mensuales</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6) Todos los activos de cualquier miembro de la familia deben ser reportados. Por favor, verifique cualquiera aplicable a su hogar: SI NO TIENE ACTIVOS, COMPLETE LA PÁGINA 5.

_____ Ahorros _____ Checking _____ ACCIONES DE CD's _____
 _____ Bonos _____ Bienes Raíces _____ Otros _____ Seguros de Vida

Proporcione el nombre de los bancos o cualquier compañía aplicable y el valor / cantidad aproximada del activo.

_____ \$ _____
 _____ \$ _____
 _____ \$ _____

¿Ha vendido alguna propiedad o eliminado algún activo por menos del valor justo de mercado en los últimos dos años? Sí No

<u>Tipo de activo</u>	<u>Fecha de enajenación</u>	<u>Valor justo de mercado</u>	<u>Cantidad Recibida</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7) Para ser considerado para la elegibilidad, el solicitante o cónyuge debe tener al menos 62 años de edad, a menos que tenga un impedimento de movilidad que requiera un apartamento accesible para discapacitados. Si usted o su cónyuge necesitan una unidad accesible para discapacitados debido a una discapacidad de movilidad, consulte aquí: Además, enumere el nombre de su médico para que podamos verificar que necesita este tipo de apartamento.

Nombre: _____
 Dirección: _____

8) **Referencia personal (sin familiares).**

NOMBRE _____
 DIRECCIÓN _____
 CIUDAD, ESTADO, ZIP _____
 TELÉFONO #: _____

9) **Gastos:** ¿Paga por el cuidado infantil de niños menores de 13 años, un asistente de cuidado o cualquier equipo para un miembro del hogar discapacitado, que le permita a usted u otro miembro de la familia trabajar o ir a la escuela? Sí No

En caso afirmativo, complete el tipo de gasto y la cantidad que espera gastar en esta atención en los próximos doce meses: _____

¿Paga por algún gasto médico que no esté cubierto por el seguro? Esto incluye las primas de seguro.

Sí No

En caso afirmativo, por favor enumere la cantidad: _____

10) ¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha recibido algún programa estatal o federal de asistencia para la vivienda? **Los solicitantes que tenían 62 años o más al 31/1/2010 y que no tienen un SSN y estaban recibiendo asistencia de alquiler de HUD en otra ubicación el 31/1/2010 podrían calificar al solicitante para la exención de divulgar y proporcionar verificación de un SSN.*

Sí No

En caso afirmativo, nombre del jefe de hogar en ese momento: _____

Relación con el solicitante actual: _____

Nombre de la Autoridad o Agencia de Vivienda: _____

Dirección de la Unidad subvencionada: _____

Ciudad, Estado: _____

Fecha de salida: _____

Motivo de la mudanza: _____

¿Nos dejaste un inquilino al día: Sí No

Si no, por favor explique: _____

Si respondió afirmativamente a la pregunta 10, ¿alguna vez se ha cancelado su asistencia por fraude, falta de pago del alquiler o falta de cooperación con los procedimientos de recertificación? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

11) ¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha sido arrestado o condenado por un delito o sujeto a un requisito de por vida para registrarse como delincuente sexual?

Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

12) ¿Cómo se enteró de este complejo de apartamentos? _____

13) Las mascotas están permitidas en estos desarrollos de acuerdo con la Política de mascotas de Hearthway, Inc. Si tiene o tendrá una mascota, marque la casilla:

Por favor, envíeme una copia de la Política de Mascotas.

14) ¿Tienes un coche? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, indique el año y el modelo _____

Los apartamentos son financiados por la Agencia de Financiamiento de vivienda de Massachusetts y / o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos y se alquilan sin tener en cuenta la raza, el color, la religión, el sexo o el origen nacional, la discapacidad o el estado familiar. La ley federal prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. Previa solicitud, se harán adaptaciones razonables a las reglas, políticas, prácticas y servicios que los hagan accesibles y permitan animales de asistencia cuando brinden a los inquilinos igualdad de oportunidades de vivienda.

Entiendo que esta aplicación no es una oferta de vivienda. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Hearthway, Inc. por escrito de cualquier cambio de dirección, ingresos o composición familiar. Al firmar esta solicitud, estoy dando permiso para que el personal de Hearthway, Inc verifique cualquier información en esta solicitud, realice una verificación de crédito y antecedentes penales. Se proporcionará información adicional si se solicita. Certifico que la información que he dado en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación puede resultar en la cancelación de esta solicitud. Entiendo que si me contactan con respecto a estos programas y no respondo, mi nombre será eliminado de la lista de espera.

FIRMA

FECHA

PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Zip _____

Número de teléfono _____

SIN CERTIFICACIÓN DE ACTIVOS

POR FAVOR, COMPLETE ESTO SOLO SI NO TIENE ACTIVOS. DE LO CONTRARIO, COMPLETE LA SECCIÓN DE ACTIVOS REQUERIDOS EN LA PÁGINA 3.

Esto certificará que no tengo activos de ningún tipo. Si adquiero cualquier activo como ahorros, cheques, acciones, bonos, bienes raíces o cualquier otro activo, notificaré a Hearthway, Inc. de inmediato.

FIRMA

FECHA



Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surge durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respaldar los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.

APPLICATION FOR HOUSING

Low-Income Housing Tax Credit Property

Please Print Clearly

Esta es una solicitud para vivienda en:	Proyecto: Capitol Square Apartments LLC
	Dirección: 379 North St.
	Pittsfield, MA 01201
Por favor, complete esta solicitud y regrese a:	Nombre: Hearthway, Inc.
	Dirección: One Fenn St., 3rd Floor
	P.O. Box 1180
	Pittsfield, MA 01202-1180
	Fax: 413-496-9831 or call Leasing: 413-499-1630 ext 150

Las solicitudes se colocan en orden de fecha y hora de recepción. Un solicitante puede ser entrevistado solo después de recibir esta solicitud de inquilino.

A. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre(s) del solicitante(s): _____

Dirección

: _____
Calle Apt.# Ciudad Estado CÓDIGO POSTAL

Teléfono diurno: _____

Teléfono de la noche: _____

No. de BR en la unidad actual: _____

Y tú ALQUILAR o POSEER (marque uno)

Monto del pago mensual actual del alquiler o la hipoteca: \$ _____

Si es propietario, ¿recibe ingresos mensuales por alquiler de la propiedad?

Sí

No (marque uno)

Verifique los servicios públicos pagados por usted: Calor Electricidad Gas Otros (especificar)

Costo mensual aproximado de los servicios públicos pagados por usted (excluyendo teléfono y televisión por cable):

\$ _____

Tamaño del dormitorio solicitado: Un dormitorio Dos Dormitorios Dos Dormitorios- Handicap

B. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Enumere TODAS las personas que vivirán en el apartamento. Haga una lista del jefe de hogar primero.

	Nombre	Relación De jefe de hogar	Fecha de Nacimiento	Edad (opcional)	SS# (últimos 4 dígitos)	Estudiante S/N
Jefe						
Co-J						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

¿Ha habido algún cambio en la composición de los hogares en los últimos doce meses? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Anticipa algún cambio en la composición del hogar en los próximos doce meses? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Hay alguien que no aparece en la lista anterior que normalmente viviría con el hogar? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Todas las personas en el hogar serán o han sido estudiantes a tiempo completo durante los cinco meses calendario de este año o plan para estar en el próximo año calendario en una institución educativa (que no sea una escuela por correspondencia) con profesores y estudiantes regulares? Sí No

EN CASO AFIRMATIVO, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Algún estudiante de tiempo completo está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Algún estudiante (s) inscrito en un programa de capacitación laboral está recibiendo asistencia bajo la Ley de Asociación de Capacitación Laboral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Algún estudiante de tiempo completo es un TANF o un destinatario del título IV?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es un estudiante de tiempo completo un padre soltero que vive con su(s) hijo(s) que no es dependiente de la declaración de impuestos de otra persona y cuyos hijos no son dependientes de nadie que no sea un padre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es algún estudiante una persona que anteriormente estaba bajo el cuidado y la colocación de un programa de cuidado de crianza (bajo la Parte B o E del Título IV de la Ley del Seguro Social)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

C. Ingresos

Enumere TODAS las fuentes de ingresos como se solicita a continuación. Si una sección no se aplica, tacha o escribe NA.

Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos	Monto Bruto Mensual
	Seguridad social	\$
	Seguridad social	\$
	Seguridad social	\$
	Beneficios de SSI	\$
	Beneficios de SSI	\$
	Beneficios de SSI	\$
	Pensión (fuente de la lista)	\$
	Pensión (fuente de la lista)	\$
	Beneficios para veteranos (lista de reclamaciones #)	\$
	Beneficios para veteranos (lista de reclamaciones #)	\$
		\$
	Compensación por desempleo	\$
	Compensación por desempleo	\$
	Asistencia Pública (Título IV/TANF, etc.)	\$
	Contribuciones al hogar (monetario o no)	\$
	Ingresos de estudiantes a tiempo completo (18 y mayores solamente)	\$
	Ayuda financiera (excluidos los préstamos)	\$
	Anualidades (fuentes de la lista)	\$
		\$
	Pagos de seguro de atención médica a largo plazo que excedan los \$ 180 / día	\$
	Pagos programados de inversiones	\$

Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos	Monto mensual
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo desempeñado	
	Cuánto tiempo empleado:	
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo desempeñado	
	Cuánto tiempo empleado:	
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo desempeñado	
	Cuánto tiempo empleado:	
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo desempeñado	
	Cuánto tiempo empleado:	
	Pensión alimenticia	
	¿Tiene <i>usted derecho legal</i> a recibir pensión alimenticia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, enumere la cantidad que <i>tiene derecho</i> a recibir.	\$
	¿Recibes pensión alimenticia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, enumere la cantidad que recibe.	\$
	Manutención de los hijos	
	¿Tiene <i>derecho legal</i> a recibir manutención infantil?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, enumere la cantidad que <i>tiene derecho</i> a recibir.	\$
	¿Recibe manutención infantil?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, enumere la cantidad que recibe.	\$
	Otros ingresos	\$
	Otros ingresos	\$
	Otros ingresos	\$
INGRESO ANUAL BRUTO TOTAL (Basado en los montos mensuales enumerados anteriormente x 12)		\$
INGRESOS BRUTOS ANUALES TOTALES DEL AÑO ANTERIOR		\$
¿Anticipa algún cambio en estos ingresos en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Algún miembro del hogar tiene derecho legal a recibir asistencia para los ingresos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Es probable que algún miembro del hogar reciba ingresos o asistencia (<i>monetaria o no</i>) de alguien que no es miembro del hogar como aparece en la página 2, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, explique:		
¿Se reciben los ingresos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

D. ACTIVO

Si sus activos son demasiado numerosos para enumerarlos aquí, solicite un formulario adicional.
Si una sección no se aplica, tacha o escribe NA.

Cuentas de cheques	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
Cuentas de ahorro	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
Cuenta de fideicomiso	#	Banco	Equilibrar \$	
Certificates of Deposit	#	Bank	Balance \$	
	#	Bank	Balance \$	
	#	Bank	Balance \$	
	#	Bank	Balance \$	
Mercado monetario Cuentas	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
Bonos de Ahorro	#	Vencimiento	Valor \$	
	#	Vencimiento	Valor \$	
	#	Vencimiento	Valor \$	
Póliza de Seguro de Vida	#		Valor en efectivo \$	
Póliza de Seguro de Vida	#		Valor en efectivo \$	
Fondos Mutuos	Nombre:	#Acciones:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	#Acciones:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	#Acciones:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
Existencias	Nombre:	#Acciones:	Dividendo pagado \$	Valor \$
	Nombre:	#Acciones:	Dividendo pagado \$	Valor \$
	Nombre:	#Acciones:	Dividendo pagado \$	Valor \$
Bonos	Nombre:	#Acciones:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	#Acciones:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
Inversión Propiedad			Aprécia Valor \$	

Bienes Inmuebles: <i>¿Eres dueño de alguna propiedad?</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , Tipo de propiedad	
Ubicación de la propiedad	
Valor de mercado de tasación	\$
Saldo de la hipoteca o préstamos pendientes de pago	\$
Importe de la prima anual del seguro	\$
Monto de la factura de impuestos más reciente	\$

¿Algún miembro del hogar tiene un activo (s) propiedad conjunta con una persona que es ¿NO es un miembro del hogar como aparece en la página 2?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , describa:	
¿Tienen acceso a los activos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Ha vendido/eliminado alguna propiedad en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , Tipo de propiedad	
Valor de mercado cuando se vende/enajena	\$
Cantidad vendida/enajenada por	\$
Fecha de la transacción	

¿Ha dispuesto de cualquier otro activo en los últimos 2 años (Ejemplo: Regaló dinero a familiares, estableció ¿Cuentas de fideicomiso irrevocables)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo , describa el activo	
Fecha de disposición	
Cantidad dispuesta	\$

¿Tiene algún otro activo que no se haya enumerado anteriormente (excluyendo la propiedad personal)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, por favor enumere:	

E. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Usted o algún miembro de su familia está usando actualmente una sustancia ilegal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez usted o algún miembro de su familia ha sido condenado por un delito grave?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, describa		

¿Alguna vez usted o algún miembro de su familia ha sido desalojado de alguna vivienda?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, describa</i>				
¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, describa</i>				
¿Tomarás un apartamento cuando haya uno disponible?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<i>Describe brevemente sus razones para presentar la solicitud:</i>				

F. INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Propietario actual	Nombre:	
	Dirección:	
	Teléfono residencial	
	Bus. Teléfono:	
	¿Cuánto tiempo?	
Propietario anterior	Nombre:	
	Dirección:	
	Teléfono residencial	
	Bus. Teléfono:	
	¿Cuánto tiempo?	
Referencia de crédito #1:		
Dirección:		
Número de cuenta:		Teléfono #:
Referencia de crédito #2:		
Dirección:		
Número de cuenta:		Teléfono #:
Referencia de crédito #3:		
Dirección:		
Número de cuenta:		Teléfono #:
Referencia personal #1:		
Dirección:		
Relación:		Teléfono #:
Referencia personal #2:		

Dirección:		
Relación:	Teléfono #:	
Referencia personal #3:		
Dirección:		
Relación:	Teléfono #:	
En caso de emergencia notificar:		
Dirección:		
Relación:	Teléfono #:	
G. INFORMACIÓN SOBRE VEHÍCULOS Y MASCOTAS (si procede)		
Haga una lista de los automóviles, camiones u otros vehículos que posea. Se proporcionará estacionamiento para un vehículo. Arreglos con La gestión será necesaria para más de un vehículo.		
Tipo de vehículo:	Matrícula #:	
Año/Marca:	Color:	
Tipo de vehículo:	Matrícula #:	
Año/Marca:	Color:	
¿Tienes alguna mascota?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, describa:</i>		

CERTIFICACIÓN

Por la presente, yo / nosotros certificamos que yo / nosotros no mantenemos una unidad de alquiler subsidiada separada en otra ubicación. Yo / Nosotros certificamos además que esta será mi / nuestra residencia permanente. Yo / Entendemos que yo / Nosotros debemos pagar un depósito de seguridad para este apartamento antes de la ocupación. Yo / Entendemos que mi elegibilidad para la vivienda se basará en los límites de ingresos aplicables y en los criterios de selección de la administración. Yo / Nosotros certificamos que toda la información en esta aplicación es fiel a mi mejor conocimiento, y Yo / Entendemos que las declaraciones o información falsas son punibles por la ley y conducirán a la cancelación de esta solicitud o la terminación del arrendamiento después de la ocupación. Todos los solicitantes adultos, mayores de 18 años, deben firmar la solicitud.

FIRMA(S):

(Firma del inquilino)	Fecha
(Firma del co-inquilino)	Fecha
(Firma del co-inquilino)	Fecha
(Firma del co-inquilino)	Fecha

AVISO A LOS SOLICITANTES CON DISCAPACIDADES CON
RESPECTO A
ADAPTACIÓN RAZONABLE

Hearthway, Inc. no discrimina a los solicitantes por motivos de raza, credo, color, religión, sexo, identidad de género, información genética, origen nacional, estado civil o familiar, discapacidad, edad, recepción de asistencia pública o preferencia sexual en su gestión de vivienda de alquiler. De acuerdo con la ley aplicable, Hearthway, Inc. proporcionará una adaptación razonable a los solicitantes si ellos o cualquier miembro del hogar tienen una discapacidad o discapacidad y si la adaptación razonable es necesaria para proporcionar una Oportunidad de utilizar y disfrutar de la vivienda.

Una adaptación razonable es alguna modificación que Hearthway, Inc. puede hacer a los apartamentos que administra o en sus reglas o procedimientos que ayudarán a un solicitante elegible con una discapacidad a aprovechar la vivienda, siempre que el cambio no suponga un carga financiera o administrativa indebida para Hearthway, Inc. o requerir un cambio fundamental en su programa. Una adaptación razonable puede incluir proporcionar una ayuda auxiliar adecuada a un solicitante con una discapacidad cuando dicha asistencia sea necesaria para permitir una comunicación efectiva con el solicitante.

Ejemplos de adaptaciones razonables incluyen:

- Instalar detectores de humo de luz intermitente en un apartamento para un hogar con un miembro con discapacidad auditiva.
- Poner un intérprete de lenguaje de señas a disposición de un solicitante con discapacidad auditiva durante una entrevista.

Un hogar solicitante que tiene un miembro con una capacidad diferente aún debe poder cumplir con las obligaciones esenciales de arrendamiento. Por ejemplo, deben poder pagar el alquiler, cuidar su apartamento, informar la información requerida a Hearthway, Inc. para evitar molestar a sus vecinos, etc. Este requisito determinará si cualquier adaptación razonable solicitada permitiría que el solicitante fuera considerado elegible.

Si usted o un miembro de su hogar tiene una discapacidad o discapacidad y cree que podría necesitar o querer una adaptación razonable, puede solicitarla en cualquier momento del proceso de solicitud o después de haberse mudado. Preferimos que realice la solicitud completando nuestro formulario de Solicitud de adaptación razonable, pero no tiene que usar nuestro formulario para realizar la solicitud. Por supuesto, si prefiere no discutir su discapacidad con Hearthway, Inc., ese es su derecho.

Puede obtener un formulario de Solicitud de adaptación razonable en la oficina de Hearthway, Inc., en One Fenn Street, Pittsfield, MA 01201 o llamando al (413) 499-1630. Si necesita ayuda para completar el formulario o necesita enviar su solicitud de alguna otra manera, llame a los números anteriores.