



Para que este formulario se pueda rellenar para los usuarios móviles: Descargue este formulario en su teléfono y ábralo con Adobe Reader (una aplicación gratis).

Instrucciones para enviar este formulario electrónicamente: Descargue la aplicación Adobe (si es necesario); descargue y guarde el formulario; abra la aplicación Adobe en su dispositivo; abra el formulario descargado mientras está en la aplicación Adobe; rellene el formulario; vuelva a guardar haciendo clic en la ficha Guardar de la parte superior izquierda de la pantalla; Haga clic en Enviar para enviar esta solicitud al Departamento de Arrendamiento; si la opción del botón Enviar no funciona, escriba un correo electrónico y envíe el formulario guardado como archivo adjunto a leasing@hearthway.org.

Solicitud de alquiler

Bostwick Gardens, LLC
899 Main St
Gt. Barrington, MA

Agente de gestión:
Hearthway, Inc.
One Fenn Street, 3rd Floor
P.O. Box 1180
Pittsfield, MA 01202-1180
P 413.499.4887
F 413.445.7633
TTY/TTD

El agente proporcionará ayuda para revisar y completar esta solicitud. Si es necesario, las personas con discapacidad pueden solicitar esta solicitud en letra grande u otros formatos alternativos.

Por favor, indique el tamaño del dormitorio que

está solicitando: Estudio _____
Un dormitorio _____ Hándicap de un dormitorio _____
Dos dormitorios _____ Handicap de dos dormitorios _____

¿Necesita una Unidad Adaptada Auditiva/Visual? Sí _____ No _____

1) SOLICITANTE _____ DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE: _____
 CALLE _____
 CIUDAD _____
 ESTADO _____
 CÓDIGO POSTAL _____
 TEL. # _____ BUS. TEL. # _____
 Correo electrónico _____

2) **Designación racial y étnica** (Sección opcional: La información se utilizará solo para programas de vivienda justa, según lo exijan las leyes estatales y federales).

Raza: Blanco (no de origen hispano) _____ Indio americano/nativo de Alaska _____
 Asiático o isleño del Pacífico _____ Negro (No de origen hispano) _____
 Hispánico _____ Otro: _____

3. Historial de alquileres (por favor, proporcione un mínimo de 5 años de historial de alquiler)

Propietario actual: _____ Teléfono #: _____
 Dirección: _____ Alquiler mensual: _____
 _____ Utilidades incluidas _____

Fechas de ocupación: De _____ Para _____
 ¿Por qué quieres dejar esta dirección? _____

Dirección anterior: _____

Propietario anterior: _____
 Dirección: _____
 Teléfono #: _____

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

Dirección anterior: _____

Propietario anterior: _____
 Dirección: _____
 Teléfono #: _____

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

4. Miembros de la familia: Por favor, enumere a todos los que ocuparán el apartamento. INCLÚYETE a ti mismo.

Nombre completo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento o	Relación con el Jefe de Hogar	Sexo	Estudiante de tiempo completo Sí o no (indicar a continuación)

¿Se espera un cambio en el hogar? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio?: _____

5. **Ingreso.** Por favor, enumere todo el dinero que ganará o recibirá en los próximos doce meses cada miembro del hogar; incluyendo estudiantes a tiempo completo, como el bienestar, salario, seguridad social / SSI, pensión, TANF, asistencia pública, desempleo, beneficios por discapacidad, manutención de los hijos, pensión alimenticia, Anualidades, Dividendos, ingresos de la propiedad de alquiler, pago militar, Becas o otras subvenciones. **Si está cobrando beneficios bajo otro número de seguro social, por favor enumere el número de reclamo aquí.**

Miembro del hogar	Tipo de Ingreso/Frecuencia	Fuente	Bruto mensual renta (antes de impuestos)

6. Todos los activos de cualquier miembro de la familia deben ser reportados. Activo incluir: cuentas corrientes, cuentas de ahorro, Certificados de depósito, Mercados monetarios, Existencias, Bonos, Participaciones inmobiliarias, y pólizas de seguro de vida.: SI NO TIENE ACTIVOS, COMPLETE LA PÁGINA 6.

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

Miembro del hogar	Tipo de 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 eliminación</u>	<u>Valor justo de mercado</u>	<u>Importe Recibido</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. Para ser considerado para la elegibilidad, el solicitante o cónyuge debe tener al menos 62 años de edad, a menos que tenga una discapacidad de movilidad que requiera un apartamento accesible para discapacitados. Si usted o su cónyuge necesitan una unidad accesible para discapacitados debido a una movilidad menoscabo por favor verifique aquí:

Además, enumere el nombre de su médico para que podamos verificar que necesita este tipo de apartamento.

Nombre: _____

Dirección: _____

8. ¿Algún miembro del hogar tiene alguna solicitud de accesibilidad o adaptación razonable o cambios en una unidad o desarrollo o formas alternativas que necesitamos comunicarnos con usted? _____

9. Sí ___ No ___ En caso afirmativo, por favor explique _____

10. **Expensas:** ¿Paga por el cuidado infantil de cualquier niño menor 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, enumere la cantidad: _____

11. **Nota: Si no puede proporcionar una referencia de propietario u otra referencia de vivienda, proporcione referencias de caracteres. Deben haberlo conocido durante un (1) año o más y no estar relacionados con usted.**

Nombre de la referencia del carácter _____

Teléfono _____ Dirección _____

Nombre de la referencia del carácter _____

Teléfono _____ Dirección _____

12. ¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha recibido algún programa de asistencia de vivienda estatal o federal? ***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: _____

¿Te fuiste como inquilino en buen estado: ___ Sí ___ No

En caso negativo, sírvase explicar: _____

Si respondió afirmativamente a la pregunta 9, ¿alguna vez se ha cancelado su asistencia por fraude, ___ Sí ___ No

¿Pago del alquiler o falta de cooperación con los procedimientos de recertificación?
___ Sí ___ No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha sido arrestado o condenado por un delito? ¿Se requiere que algún miembro del hogar se registre como delincuente sexual bajo la ley estatal de Massachusetts o cualquier otra ley estatal? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, enumere los nombres de las personas y los requisitos de registro. (Se requiere el lugar y la duración del registro. _____)

NOTA: La falta de respuesta completa a estas preguntas puede resultar en el rechazo o denegación de esta solicitud.

¿Su vivienda actual causa problemas de accesibilidad o otros problemas para algún miembro del hogar?
¿Quién tiene una discapacidad? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, sírvase describir _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sufrido amenazas reales o de violencia física por parte de un cónyuge u otro miembro del hogar? En caso afirmativo, sírvase proporcionar
Detalles _____

13. ¿Cómo te enteraste de Bostwick Gardens? _____

14. Se admiten mascotas en estos desarrollos de acuerdo con BHSI's Política de mascotas. Si tiene o tendrá una mascota, marque la casilla:

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

15. ¿Eres dueño de un coche? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, indíquese el año y el modelo _____

PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____
Relación _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
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 certificaré 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

Los apartamentos son financiados por el Estado de Ma a través de varios programas, incluido el Programa Federal de Crédito Tributario para Viviendas de Bajos Ingresos y / o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos. Los solicitantes serán seleccionados sin tener en cuenta la raza, el credo religioso, el sexo, el origen nacional, la identidad de género, la orientación sexual, la información genética, la ascendencia, el estado militar, el estado familiar, la recepción de asistencia pública o la discapacidad. Las personas discapacitadas tienen derecho a solicitar una adaptación razonable de las reglas, políticas, prácticas o servicios o a solicitar una modificación razonable de la vivienda cuando dichas adaptaciones sean necesarias para brindar a una persona discapacitada la misma oportunidad de usar y disfrutar de la vivienda. (Un cambio solicitado que impondría una carga financiera y administrativa indebida al proveedor de vivienda, o que alteraría fundamentalmente la naturaleza de las operaciones del proveedor generalmente no se consideraría "razonable"). 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.

Las personas que no hablan inglés como su idioma principal y que tienen una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o entender el inglés tienen derecho a asistencia lingüística con respecto a un tipo particular de servicio, beneficio o encuentro. La asistencia se proporcionará de acuerdo con el Plan de Asistencia Lingüística de Hearthway, Inc. una copia de la cual se incluye en el Plan de Selección de Inquilinos para Bostwick Gardens.

Entiendo que esta aplicación no es una oferta de vivienda. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Hearthway, Inc. por escrito cualquier cambio de dirección, ingresos o composición familiar. Al firmar esta solicitud, estamos dando permiso para que el personal de Hearthway, Inc. verifique cualquier información en esta solicitud, realice una verificación de crédito y antecedentes penales. Toda la información se considera de naturaleza confidencial. Se proporcionará información adicional si se solicita. Yo/nosotros entendemos que cualquier declaración falsa o tergiversación es punible por las leyes estatales y federales. Certificamos que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender. Yo/ Entendemos que si me contactan con respecto a estos programas y yo/nosotros no respondemos, mi nombre será eliminado de la lista de espera. Certificamos que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender. Yo/nosotros certificamos que hemos recibido un aviso del agente de administración que describe el derecho a adaptaciones razonables para personas con discapacidades.

FIRMA DEL SOLICITANTE

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.