



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](mailto:leasing@hearthway.org).

## SOLICITUD DE ALQUILER

Highland Woods  
110 Church Street  
Williamstown, 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. Si cree que debido a sus ingresos, está calificado para un subsidio a través del Programa de Garantía de Alquiler de Massachusetts, consulte aquí:

Por favor, indique el tamaño del dormitorio que está solicitando:

Un Dormitorio \_\_\_\_\_  
Dos dormitorios \_\_\_\_\_

Handicap de un dormitorio \_\_\_\_\_  
Handicap de dos dormitorios \_\_\_\_\_

¿Necesita una Unidad Adaptada Auditiva/Visual?      Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

<p>1) NOMBRE _____</p> <p>CALLE _____</p> <p>CIUDAD _____</p> <p>ESTADO _____</p> <p>ZIP _____</p> <p>TEL. # _____</p> <p>Correo electrónico _____</p>	<p>DIRECCION POSTAL SI ES DIFERENTE:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

2) **Designación racial y étnica** (Section 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) \_\_\_\_\_

          Hispano \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

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

**Propietario actual:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Utilidades Incluido \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

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

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

¿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; incluidos los estudiantes de tiempo completo, como welfare, salarios, seguridad social / SSI, pensión, TANF, asistencia pública, desempleo, beneficios por desutilidad, manutención de los hijos, pensión alimenticia, anualidades, dividendos, ingresos de propiedad de alquiler, pago militar, becas u 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	Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos)

6) Todos los activos de cualquier miembro de la familia deben ser reportados. Los activos incluyen: cuentas de cheques, cuentas de ahorro, certificados de depósito, mercados monetarios, acciones, bonos, tenencias de bienes raíces 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>Cantidad Recibida</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7) ¿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?  Sí  No En caso afirmativo, por favor explique  
\_\_\_\_\_

**8) Nota: Si no puede proporcionar una referencia del 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 \_\_\_\_\_

9) **Gastos:** ¿Paga por un asistente de cuidado o cualquier equipo para un hogar discapacitado? miembro, ¿qué le permite 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?  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, 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? ¿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 registro de tiempo y duración. \_\_\_\_\_)  
**NOTA: Una failure para responder completamente a estas preguntas puede resultar en rechazo o denegación de esta solicitud.**
- 12) ¿Su apartamento actual contiene violaciones del código de salud? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ En caso afirmativo, describe \_\_\_\_\_
- 13) ¿Es su apartamento actual demasiado pequeño para su familia Sí \_\_\_ No\_\_\_
- 14) ¿Su vivienda actual causa problemas de accesibilidad u otros problemas para cualquier miembro del hogar que tenga una discapacidad? Sí\_\_\_ No\_\_\_ En caso afirmativo, describe \_\_\_\_\_
- 15) ¿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 details \_\_\_\_\_
- 16) ¿Has oído hablar de Highland Woods? \_\_\_\_\_
- 17) Las mascotas están permitidas en estos desarrollos de acuerdo con la Política de Mascotas de BHSI. Si tiene o tendrá una mascota, marque la casilla:  
 Por favor, envíeme una copia de la Política de Mascotas.
- 18) ¿Tienes un coche? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
En caso afirmativo, indique el año y el modelo \_\_\_\_\_

**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

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. 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").

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 Highland Woods.

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 creemos 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

---

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.



**Solicitud para el Programa de Vales de Alquiler de Massachusetts (MRVP)**

This box is for Office Use Only	
Date of Receipt:	_____
Time of Receipt:	_____
Control Number:	_____
Race and/or Ethnicity:	_____
Priority Category:	_____
Local Preference (LHAs Only):	_____
Voucher Size:	_____

Las solicitudes incompletas no se procesarán. Complete toda la información requerida en la solicitud. Si una pregunta no corresponde, escriba "N/C". Asegúrese de firmar la última página. Si necesita más espacio para dar una respuesta, agregue hojas adicionales. Una vez que la complete, envíesela por correo postal o entréguesela en persona a las agencias de vivienda a las que desee hacerles la solicitud y que acepten solicitudes.

1. Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad/pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

2. Miembros de la familia que viven en la unidad, incluida la **cabeza** de familia:

Nombre y apellido	Relación con la cabeza de familia	Fecha de nacimiento	Sexo	Número del Seguro Social	Origen racial*	Origen étnico**
	<b>Cabeza</b>					

El número del Seguro Social se usará para constatar la información relativa a los ingresos, los bienes y los antecedentes penales. Responder a estas preguntas es opcional. Esta información NO afectará su estado con respecto a los procedimientos de selección de inquilinos.

\*Origen racial: indio americano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, nativo de Hawái u otra isla del Pacífico, blanco u otro (especifique):

\*\*Origen étnico: hispano/latino o no hispano/latino.

3. ¿Entiende el inglés hablado o el escrito?  Sí  No

Idioma principal que habla: \_\_\_\_\_

Idioma principal que escribe: \_\_\_\_\_



4. **Prioridad por ser persona sin hogar:** si desea solicitar la prioridad por ser persona sin hogar, primero, deben considerarlo como persona sin hogar.

**NOTA:** La definición de “persona sin hogar” del Programa de Vales de Alquiler de Massachusetts (Massachusetts Rental Voucher Program, MRVP) NO es la misma que la de los refugios para personas sin hogar o la de la Sección 8. Residir en un refugio para personas sin hogar NO lo califica de forma automática como un solicitante con prioridad por ser persona sin hogar.

Según las normas estatales, “persona sin hogar” es un solicitante que se encuentra en las siguientes situaciones (debe poder marcar TODAS las casillas):

- No tiene un lugar para vivir o está en una situación en la que su vida o su seguridad corren un peligro directo, inmediato e importante, que se atenuaría si se le asignara una unidad adecuada.
- No causó la situación ni contribuyó sustancialmente a causarla.
- Ha hecho todo lo posible para evitar o impedir la situación y para encontrar un alojamiento alternativo.
- Lo desplazaron o están a punto de desplazarlo de su domicilio principal.

Si piensa que se ajusta a la definición de “persona sin hogar”, seleccione a continuación la categoría que mejor describa su situación. La falta de vivienda TIENE QUE tener como motivo una de las siguientes categorías a fin de calificar para tener prioridad por ser persona sin hogar.

- Desplazado sin culpa del solicitante (esto es, desalojo sin culpa).
- Desplazado por una emergencia médica grave.
- Desplazado por violencia doméstica.
- Desplazado por un desastre natural (esto es, incendio, inundación, terremoto).
- Desplazado por acción pública (esto es, renovación urbana, expropiación).
- Desplazado por acción pública (esto es, declaración de estado ruinoso de la casa).

Si desea solicitar la prioridad por ser persona sin hogar, **DEBE ADJUNTAR LA CONSTANCIA** de su situación a fin de ser elegible.

5. **Preferencia local:** si le hace una solicitud a una autoridad de vivienda local, puede recibir una preferencia local si vive, trabaja o tiene hijos que asisten a la escuela en la misma ciudad o pueblo en donde está ubicada la autoridad de vivienda local.

Responda las siguientes preguntas y **proporcione la constancia correspondiente:**

<p>¿<b>Reside</b> actualmente en la misma ciudad o en el mismo pueblo en donde está ubicada la autoridad de vivienda local a la que le hace la solicitud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es afirmativa, adjunte la constancia de su domicilio principal, p. ej., contrato de alquiler, factura de servicios públicos, identificación con foto emitida por el Estado.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>¿<b>Trabaja</b> actualmente en la misma ciudad o en el mismo pueblo en donde está ubicada la autoridad de vivienda local a la que le hace la solicitud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es afirmativa, adjunte la constancia de su empleo u oferta de empleo, p. ej., recibo de sueldo o carta de oferta de empleo.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>¿<b>Tiene un hijo que asiste a la escuela</b> actualmente en la misma ciudad o en el mismo pueblo en donde está ubicada la autoridad de vivienda local a la que le hace la solicitud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es afirmativa, adjunte la constancia de la inscripción de su hijo.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. ¿Tiene necesidades especiales debido a una discapacidad o necesita un ajuste razonable?  Sí  No

Especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. Contacto de emergencia: nombre de un pariente o de un amigo que NO planea vivir con usted. En caso de emergencia, nos comunicaremos con esta persona si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad/pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

8. **Ingresos antes de deducciones:** calcule el ingreso bruto previsto de TODOS los miembros de la familia proveniente de TODAS las fuentes de ingresos para los próximos 12 meses. Especifique todas las fuentes de ingresos.

Nombre del miembro de la familia	Nombre del empleador o fuente de ingresos	Ingreso bruto para los próximos 12 meses
	Sueldos y salarios, incluidas las horas extras y las propinas	\$
	Sueldos y salarios, incluidas las horas extras y las propinas	\$
	Ingreso neto de un negocio o una profesión	\$
	Seguro por desempleo o discapacidad	\$
	Ayuda Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) o asistencia social	\$
	Pagos periódicos de pensión alimenticia para hijos y cónyuge	\$
	Beneficios del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), incluido el Programa de Suplemento del Estado (SSP)	\$
	Ingreso por discapacidad del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA)	\$
	Pensiones, renta anual, dividendos e intereses	\$
	Otros ingresos:	\$

**Ingreso bruto total:** \$ \_\_\_\_\_



9. **Bienes:** a continuación, enumere los bienes de todas las personas que vivan en la unidad. Incluya **todas** las cuentas bancarias, las acciones y los bonos, los fideicomisos, los bienes inmuebles, etc. **NO** incluya la ropa, los muebles ni los automóviles. Utilice papel adicional de ser necesario.

Miembro de la familia	Tipo de bien	Valor del bien o saldo actual	Nombre de la institución financiera	N.º de cuenta
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

¿Posee un bien inmueble?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, escriba la dirección: \_\_\_\_\_

En los últimos tres (3) años, ¿vendió, transfirió o donó algún bien inmueble o de otro tipo?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha de venta o de transferencia: \_\_\_\_\_

Importe de la venta o transferencia: \$ \_\_\_\_\_ Valor de la venta o transferencia: \$ \_\_\_\_\_

10. **Gastos:** calcule el importe que gastará (si corresponde) en las siguientes categorías durante los próximos 12 meses.

Gastos médicos no reembolsables: \$ _____	Seguro médico: \$ _____	Cuidado infantil: \$ _____
Pagos de pensión alimenticia para hijos y cónyuge: \$ _____	Otros (esto es, cuidado de un miembro de la familia con discapacidad o gastos de transporte y de la casa del miembro de la familia con discapacidad):	\$ _____

11. ¿Usted o un miembro de su familia han recibido alguna vez asistencia para la vivienda de parte de esta agencia de vivienda o de otra?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de la cabeza de familia de aquel momento: \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia de vivienda: \_\_\_\_\_

Fecha en que se mudó: \_\_\_\_\_

Motivo de la mudanza: \_\_\_\_\_

¿La cancelación fue con causa?  Sí  No ¿Le debe dinero, alquiler atrasado o resarcimiento por daños y perjuicios a la agencia de vivienda?  Sí  No

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_



## 12. Historial de alquileres

¿Le debe dinero en concepto de resarcimiento por daños y perjuicios o por alquileres impagos a algún propietario anterior?

Sí  No

¿Alguna vez lo desalojaron de una unidad de alquiler con causa?

Sí  No

Si la respuesta a alguna de las

preguntas es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

## 13. Antecedentes penales

¿Usted o un miembro de su familia fueron condenados alguna vez por un delito violento o relacionado con drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*	¿Usted o un miembro de su familia tienen algún asunto penal pendiente?*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*
¿Usted o un miembro de su familia tienen la obligación de estar registrados de por vida como delincuentes sexuales en el estado de Massachusetts?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*	
Si la respuesta a <u>ALGUNA</u> de las preguntas anteriores es afirmativa, explique:			

\*Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos, comparecencia ante tribunales penales y condenas anteriores. Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos o comparecencias anteriores ante tribunales penales. Asimismo, todo solicitante de empleo puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta relativa a arrestos, comparecencias ante tribunales y sentencias anteriores en todos los casos de incumplimiento de obligaciones o como en el de un menor que necesita servicios que no dio lugar a una denuncia que se haya trasladado a un tribunal superior para el enjuiciamiento penal. Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos o comparecencias anteriores ante tribunales penales.

## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

Comprendo que esta solicitud no es una oferta de vivienda. En función de esta solicitud, comprendo que no debo hacer planes para mudarme ni cancelar mi contrato de alquiler actual hasta que una agencia administradora me haya dado un vale por escrito en virtud del Programa de Vales de Alquiler de Massachusetts (Massachusetts Rental Voucher Program, MRVP). Antes de que una agencia administradora pueda ofrecerme participar en el programa de asistencia de alquiler, debo proporcionarle documentación por escrito que constate mis circunstancias. Comprendo que soy responsable de informar a la agencia administradora por escrito sobre cualquier cambio con respecto a la dirección, los ingresos o la composición familiar. Comprendo que, si no respondo a los pedidos de información o actualización por parte de la agencia administradora, se quitará mi nombre de la lista de espera.

Autorizo a la agencia administradora a que efectúe consultas para constatar la información que proporcioné en esta solicitud. Certifico que la información que he proporcionado en la solicitud es verdadera y correcta. Comprendo que toda afirmación o declaración falsa puede conllevar la denegación de la solicitud. **Comprendo que la agencia administradora solicitará la información de los antecedentes penales al Departamento de Servicios de Información de Justicia Penal (Department of Criminal Justice Information Services) y llevará a cabo búsquedas por Internet respecto de todos los miembros adultos de la familia.**

FIRMADO BAJO PENA DE PERJURIO. Comprendo que una fotocopia de esta solicitud y una fotocopia de esta firma tienen tanta validez como las originales.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

