

ARTSBRIDGE SENIOR HOUSING

SOLICITUD DEL INQUILINO

SECCION 202 DE HUD EEUU APOYA LA VIVIENDA PARA ENVEJECIENTES

ENVIE SOLO UNA (1) SOLICITUD POR FAMILIA POR CORREO REGULAR. (NO ENVIE CARTA REGISTRADA, "EXPRESS" O CERTIFICADA). NO ENVIE MÁS DE UNA SOLICITUD POR FAMILIA. SI MAS DE UNA SOLICITUD ES RECIBIDA, SU FAMILIA VA A SER PUESTA AL FINAL DE LA LISTA.

ENVIE A: **ArtsBridge Senior Housing**
PO Box 5027
Bronx, New York 10451

SOLICITUDES DEBEN SER RECIBIDAS PARA EL 25 DE NOVIEMBRE DEL 2016

Cada solicitud recibida será enumerada en el orden seleccionado por sorteo. Como hay muchas personas mayores que necesitan vivienda, este proyecto no podrá acomodar a todas las personas que sean elegibles. Los solicitantes serán registrados en nuestra lista de espera, serán llamados para una entrevista y deberán proveer información adicional.

NO SE DEBE HACER NINGUN PAGO O DAR CUOTA A NINGUNA PERSONA EN CONEXIÓN CON LA PREPARACIÓN, LLENAR O PROCESAR DE ESTA SOLICITUD PARA VIVIENDA.

Nota: Todos los apartamentos en este proyecto son de un dormitorio; no más de dos (2) personas pueden ocupar un apartamento en este edificio. Por lo menos un miembro de la familia debe tener por lo menos 62 años de edad al momento de solicitar.

1. ESTA INFORMACIÓN DEBE SER SOMETIDA POR EL SOLICITANTE:

Nombre _____ Edad _____

Dirección _____ Número de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono (Hogar): () _____ Teléfono (Trabajo):() _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento _____

2. ESTADO FUNCIONAL:

¿Es usted o su cónyuge discapacitado? Si No

Sí si, anote el nombre de la(s) persona(s) discapacitada(s) aquí _____

¿Cuál es la discapacidad? _____

ArtsBridge HDFC no discrimina en base a el estado de incapacidad para la admisión o acceso o ocupación o empleo en sus programas o actividades con asistencia federal.

¿Usted o su cónyuge están discapacitado al punto que requiere asistencia? (Marque el aparato necesario para su discapacidad).

- Silla de ruedas Andador Muletas
 Ganchos Bastón Otro aparato mecánico

Sí si, anote la razón de la ayuda necesitada: _____

¿Necesitan asistencia usted o su cónyuge en algunas de las siguientes actividades diarias? Por favor indique si la necesidad es para usted o su cónyuge:

- | | | |
|----------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Comer | Yo <input type="checkbox"/> | Cónyuge <input type="checkbox"/> |
| Bañarse | Yo <input type="checkbox"/> | Cónyuge <input type="checkbox"/> |
| Asearse | Yo <input type="checkbox"/> | Cónyuge <input type="checkbox"/> |
| Vestirse | Yo <input type="checkbox"/> | Cónyuge <input type="checkbox"/> |
| Administración | | |
| Del Hogar | Yo <input type="checkbox"/> | Cónyuge <input type="checkbox"/> |

¿Esta su hogar diseñado para personas con discapacidad? Si No

3. ALQUILER:

¿Cuánto paga de alquiler? _____

Cuanto es su gasto actual de sus utilidades mensuales en los últimos 12 meses \$ _____

Marque abajo las utilidades pagadas mensualmente e indique su pagare mensual:

- Gas \$ _____; Electricidad \$ _____; Calefacción \$ _____; Agua \$ _____

4. SUBSIDIO:

¿Vive usted en vivienda pública, vivienda del estado o vivienda federal y/o recibe el beneficio de un pago mensual de asistencia de vivienda o Plan 8? Si No

Sí si, anote el:

Nombre del proyecto _____

Dirección del proyecto _____

Teléfono del proyecto _____

¿Ha recibido subsidio para vivienda en el pasado? Si No

Sí si, anote el:

Nombre del proyecto _____

Dirección del proyecto _____

Teléfono del proyecto _____

5. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

¿Cuántas personas residen en su hogar? _____

¿Cuántos dormitorios tienen? _____

Anote todas las personas que vivirán con usted:

NOTA: UN MAXIMO DE DOS (2) PERSONAS PUEDEN OCUPAR UN DORMITORIO DE APARTAMENTO EN ESTE EDIFICIO

Nombre Completo	Relación	Fecha De Nacimiento	Edad	Sexo M/F	Marque si va a la escuela	Oficio	Número De Seguro Social
	Yo						

¿Anticipa usted algún aumento en su composición familiar en los próximos 12 meses? Si No

Si, si explique: _____

6. INGRESO:

Anote todos los empleos de tiempo completo y/o de medio tiempo para todos los miembros del hogar. Incluya ingresos de negocio propio.

MIEMBRO DEL HOGAR

NOMBRE Y DIRECCIÓN
DEL LUGAR DE TRABAJO

INGRESO BRUTO

Yo _____

\$ _____ por _____

\$ _____ por _____

7. OTRA FUENTE DE INGRESO: (EJEMPLOS: Asistencia Pública (bienestar público), seguro social, SSI, pensión, beneficios de veterano, compensación por discapacidad, desempleo, ingreso por intereses, niñera, ventas de productos o por servicios, cuidados, pensión alimenticia, manutención por los hijos, anualidades, dividendos, Ingreso por propiedades alquiladas, Reserva de las Fuerzas Armadas, becas, y/o concesión y cualquier otro ingreso.)

<u>MIEMBRO DEL HOGAR</u>	<u>TIPO DE INGRESO</u>	<u>INGRESO BRUTO</u>
Yo _____	_____	\$ _____ por _____
_____	_____	\$ _____ por _____

¿Anticipa usted algún cambio en su ingreso en los próximos 12 meses? Si No

Si, si explique: _____

8. ACTIVOS CORRIENTE: *Para todos los miembros de la familia.*

Cuentas de Cheque:

Nombre en la cuenta del banco: _____
 Banco _____ Número de Cuenta _____ Cantidad \$ _____
 Nombre en la cuenta del banco: _____
 Banco _____ Número de Cuenta _____ Cantidad \$ _____

Cuenta de Ahorros:

Nombre en la cuenta del banco: _____
 Banco _____ Número de Cuenta _____ Cantidad \$ _____
 Nombre en la cuenta del banco: _____
 Banco _____ Número de Cuenta _____ Cantidad \$ _____

Certificados de Ahorros:

Banco _____ Número de Cuenta _____ Cantidad \$ _____
 Banco _____ Número de Cuenta _____ Cantidad \$ _____

Acciones & Bonos: Valor \$ _____ Bonos de Ahorros: Valor \$ _____

¿Es dueño de Bienes Raíces? Si No Sí es si, cual es el valor? \$ _____

Es usted propietario de un Apartamento Co-op y/o Condominio? Lugar: _____

Numero de Dormitorios: _____ Precio al Comprar: _____

<u>Otros Activos Corriente</u>	<u>TIPO</u>	<u>VALOR/CANTIDAD</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Recientes Activos Vendidos:

¿Algún miembro de la familia ha vendido bienes por menos del valor justo del mercado, durante los pasados dos años? Si No

Sí si, provee la información siguiente:

<u>Activo</u>	<u>Fecha Adquirida</u>	<u>Valor Justo del Mercado Al Tiempo de Venta</u>	<u>Fecha de Venta</u>	<u>Cantidad Recibida</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Pagó alguna multa, o comisión al corredor en conexión con la venta de los bienes?

Si No Sí si, Cantidad \$ _____

9. GASTOS MÉDICOS:

Esta concesión se aplica SOLO si el miembro de la familia es el Principal o Cónyuge que tenga 62 años o más, deshabilitado o discapacitado. Considere SOLO gastos médicos que no serán reembolsados por ninguna cobertura médica, Medicaid, agencias del Estado o alguna institución caritativa.

Por favor marque (✓) abajo, la clase de seguro médico que usted o su cónyuge tienen.

Medicare <input type="checkbox"/>	Yo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>
Medicaid <input type="checkbox"/>	Yo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/> _____	Yo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>

¿Qué gastos médicos anticipa que su familia pagará los próximos 12 meses? \$ _____

10. GASTOS DE DISCAPACIDA:

Esta comisión se aplica SOLO si un miembro de la familia es discapacitado. Considere SOLO gastos de discapacidad que no serán reembolsados por ninguna cobertura médica, Medicaid, agencias del Estado o alguna institución caritativa y que NO sean pagados a algún miembro de la familia.

¿Qué gastos médicos para la persona discapacitada anticipa que su familia pagara en los próximos 12 meses? \$ _____

Estos gastos permitirían que algún miembro de la familia trabaje? Si _____ No _____

11. INFORMACION ADICIONAL:

¿Este apartamento sería su residencia principal? Si No

Si no, explique: _____

¿Cómo supo de este proyecto?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un volante en edificio | <input type="checkbox"/> Periódico |
| <input type="checkbox"/> Organización Local o Iglesia | <input type="checkbox"/> Amigo/Familia |
| <input type="checkbox"/> Lista de Asistencia de Vivienda | <input type="checkbox"/> Folleto/Panfleto |
| <input type="checkbox"/> Otro (ejemplo: Centro de Consejería de Igualdad en Vivienda; Oficina de Discapacitados del Alcalde de Nueva York, etc.) | |

YO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SOMETIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y COMPLETA EN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

AVISO: DECLARACIÓN FALSA O REPRESENTACIÓN FALSA ES UNA OFENSA CRIMINAL BAJO LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 DEL CÓDIGO PENAL DE LOS ESTADOS UNIDOS.

FIRMA: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

POR FAVOR NO ENVIE MAS DE UNA SOLICITUD POR FAMILIA, POR PROYECTO. SI MAS DE UNA SOLICITUD ES RECIBIDA, TODAS LAS SOLICITUDES SOMETIDAS POR LA FAMILIA SERÁN PUESTA AL FINAL DE LA LISTA.

La siguiente información es para propósitos estadísticos para que el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano pueda determinar el grado al cual sus programas son utilizados. Esta información **DEBE** ser completada y no afectara el proceso de esta solicitud.

IDENTIFICACIÓN DE GRUPO RACIAL (usado para propósitos estadísticos SOLAMENTE). Por favor marque (✓) el grupo que identifica la CABEZA de la familia.

Blanco (No de origen Hispano)

Negro (No de origen Hispano)

Indio Nativo de América

Hispano

Asiático o del Pacífico

Otro (Especifique): _____