

SHAKESPEARE SENIOR HOUSING

La Casa De Antonia Diaz Apartamentos

SOLICITUD DEL INQUILINO

SECCION 202 DE HUD EEUU APOYA LA VIVIENDA PARA ENVEJECIENTES EN LOS APARTAMENTOS DE SHAKESPEARE SENIOR

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

ENVIE A: **Shakespeare Senior HDFC**
1465 Nelson Avenue, Suite A
Bronx, New York 10452

TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN SER RECIBIDAS PARA EL 17 DE MARZO DEL 2014.

Cada solicitud recibida será enumerada en el orden seleccionado por sorteo. Como muchos envejecientes necesitan vivienda, este proyecto no podrá acomodar a todos los elegibles. Los solicitantes serán registrados en nuestra lista de espera, serán llamados para una entrevista y deberán proveer información adicional.

NO SE DEBE DAR NINGUN PAGO EN CONECCIÓN CON LA PREPARACIÓN O PROCESO DE ESTA SOLICITUD PARA VIVIENDA.

Nota: Todos los apartamentos en este proyecto son de un dormitorio; no más de dos (2) personas pueden solicitar para un apartamento en este edificio. Por lo menos un miembro de la casa 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):() _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento _____

2. STATUS:

¿Es usted o su cónyuge incapacitado? Si No

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

¿Cuál es la incapacidad? _____

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

¿Usted o su cónyuge están incapacitado al punto que requieren asistencia? (Marque el aparato necesario para su incapacidad).

- 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"/> |
| 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 incapacidades? Si No

3. ALQUILER:

¿Cuánto paga de alquiler? _____

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? 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 en su hogar? _____ ¿Cuántos dormitorios tienen? _____

Anote todas las personas que vivirán con usted en este Apartamento con Subsidio Federal:

Nombre Completo	Relación	Fecha De Nacimiento	Edad	Sexo M/F	¿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.

<u>MIEMBRO DEL HOGAR</u>	<u>NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO</u>	<u>INGRESO BRUTO</u>
Yo _____	_____	\$ _____ per _____
_____	_____	\$ _____ per _____

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 subvenciones y cualquier otro ingreso.)

MIEMBRO DEL HOGAR

TIPO DE INGRESO

INGRESO BRUTO

Yo _____

\$ _____ per _____

\$ _____ per _____

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

Si, si explique: _____

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

Cuentas de Cheque:

Nombre en la cuenta del banco: _____

Banco _____ Cuenta _____ Cantidad \$ _____

Banco _____ Cuenta _____ Cantidad \$ _____

Cuenta de Ahorros:

Nombre en la cuenta del banco: _____

Banco _____ Cuenta _____ Cantidad \$ _____

Banco _____ Cuenta _____ Cantidad \$ _____

Certificados de Ahorros:

Banco _____ Cuenta _____ Cantidad \$ _____

Banco _____ 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 Comprarlo: _____

Otros Activos Corriente

TIPO

VALOR/CANTIDAD

Recientes Activos Vendidos:

¿Algún miembro de la familia a 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>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 incapacitado. 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 INCAPACIDA:

Esta comisión se aplica SOLO si un miembro DE la familia es incapacitado. Considere SOLO gastos de incapacidad 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 incapacitada 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 seria su residencia principal? Si No

Si no, explique: _____

¿Como 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 |
| <input type="checkbox"/> Otro (ejemplo: Centro de Consejería de Igualdad en Vivienda; Oficina de Impedidos 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 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). Por favor marque (✓) el grupo que identifica la CABEZA de la familia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco (No de origen Hispano) | <input type="checkbox"/> Negro (No de origen Hispano) |
| <input type="checkbox"/> Indio Nativo de América | <input type="checkbox"/> Hispano |
| <input type="checkbox"/> Asiático o del Pacifico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |