

Nombre del Solicitante: _____

82 W. Queen Street - Chambersburg, PA 17201
(717) 977-3900 www.luminest.org

VERIFIQUE SU APLICACIÓN

- Queremos una tarifa de solicitud no reembolsable de \$25 por cada adulto en la aplicación. Aceptamos giro postal o cheque. **NO EFECTIVO**. (Solicitantes con el programa 811 no tendrán que pagar la tarifa.)
- Favor de leer y responder **todas** las preguntas en aplicación. Si hay alguna pregunta que no le aplica, marque no o escriba **N/A** para “no aplica”.
Aplicaciones INCOMPLETAS serán devueltas.
- **NO UTILICE CORRECTOR BLANCO.** Use solo bolígrafo negro o azul para completar la solicitud. Toda la información provista necesitará documentación y será verificada.
- **Llame al 717-977-3900 para programar una cita para entregar su Aplicación en 82 W. Queen Street, Chambersburg.**

******Por cada miembro en la aplicación necesitaremos copia de:**

<u>Verificación de Identidad</u>	<u>Verificación de Ingreso</u>	<u>Verificación de Bienes</u>	<u>Misceláneo</u>
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Talonarios: últimos 2 meses Bimestral(7), Semanal(10)	<input type="checkbox"/> Estados Bancarios de los pasados 2 meses (incluir todas las páginas)	<input type="checkbox"/> Información
<input type="checkbox"/> ID con Foto: (Licencia de conducir, pasaporte, ID)	<input type="checkbox"/> Carta de beneficios del Seguro Social (año actual)	<input type="checkbox"/> Información de SSP	<input type="checkbox"/> Hoja de consentimiento firmada por cada adulto \$ <input type="checkbox"/> 25.00 Tarifa no-reembolsable por adulto
	<input type="checkbox"/> Información de SSI (año actual)	<input type="checkbox"/> 401K	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de SS	<input type="checkbox"/> Workers Compensation	<input type="checkbox"/> Poliza de Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> La tarifa de Aplicación no aplica a solicitantes con 811
	<input type="checkbox"/> Información de Bonos	<input type="checkbox"/> Bono de Ahorro	
	<input type="checkbox"/> Documentos de TANF	<input type="checkbox"/> Carta de Beneficios por Desempleo	
	<input type="checkbox"/> Orden Judicial de Pension Alimenticia.	<input type="checkbox"/> Cash App/PayPal/Venmo (Estados más recientes)	
	<input type="checkbox"/> Información de Ingreso Recurrente		

~Solicitantes con 811: Favor de solicitar y firmar el formulario suplementario #92006

Toda la información provista necesitará documentación y será verificada.

Staff-Please do visual inspection of documents

PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN SOLAMENTE	
Staff Receiving Application	
Date & Time: Application Received:	
Requested Accessible Unit:	
AMI Set Aside (20%, 30%, 50%, 60%)	
Program (LIHTC, HOME, etc.):	



82 W. Queen Street-Chambersburg, PA 17201
(717)-977-3900 www.luminest.org

NOMBRE: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

NUMERO DE CONTACTO: _____ DIRECCIÓN ACTUAL: _____

LUEGO DE COMPLETAR SU APLICACIÓN LLAME PARA PROGRAMAR UNA CITA
TODAS LAS APLICACIONES DEBEN SER ENTREGADAS EN: 82 W. QUEEN STREET, CHAMBERSBURG, PA

La elegibilidad es basada en su ingreso junto con su historial de crédito, récord criminal y reporte de pasados arrendadores. Para corroborar si califica de acuerdo a su ingreso anual, vea las tablas a continuación, verifique el tamaño de familia, y seleccione el complejo o los complejos para los que desea aplicar:

Propiedades de crédito fiscal Guía de ingreso BRUTO ANUAL MÁXIMO		
	Condado de Franklin	Condado de Adams
1 persona	\$38,940	\$40,740
2 personas	\$44,520	\$46,560
3 personas	\$50,100	\$52,380
4 personas	\$55,620	\$58,140
5 personas	\$60,120	\$62,820
6 personas	\$64,560	\$67,500

78 W. Queen St. Guía de Ingreso BRUTO ANUAL MÁXIMO	
1 persona	\$51,950
2 personas	\$59,350
3 personas	\$66,750
4 personas	\$74,150

78 W. Queen Street

(Escoja) Delantero (A) Trasero (B)

Complejo Familiar en Chambersburg:

Sunset Court (Escoja) 2 Habitaciones 3 Habitaciones

Redwood (Escoja) 2 Habitaciones 3 Habitaciones 4 Habitaciones

Complejo para Mayores de 62+ Chambersburg:

Parkview Corner (Escoja) 1 Habitación 2 Habitaciones

Complejo Familiar en Waynesboro:

Valley Terrace (Escoja) 2 Habitaciones 3 Habitaciones

Mount Vernon Terrace (Escoja) 1 Hab. 2 Hab. 3 Hab.

Complejo para Mayores de 62+ Waynesboro:

Wayne Gardens (Escoja) 1 Habitación 2 Habitaciones

Complejo Familiar en el Condado de Adams:

Meadow View (Escoja) 2 Habitaciones 3 Habitaciones

¿Fue referido por el programa 811?
Si o No

¿Cómo escuchó acerca de nosotros?

Pagina Web: Luminest.org

Facebook

Zillow/Hotpads/Trulia

Estación de radio _____

Familiar/Amigo que vive en una de nuestras propiedades

Panfleto Informativo

De: _____

Otro: _____

Formulario de Reporte de Raza/Etnicidad/Discapacidad Familiar

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y SIGA LAS INSTRUCCIONES

La siguiente información es necesaria para poder cumplir con la Ley De Vivienda y Recuperación Económica (HERA, por sus siglas en inglés) de 2008, la cual requiere de todas las propiedades de Crédito Fiscal Para Viviendas De Bajos Ingresos (LIHTC, por sus siglas en Inglés) colecten y entreguen al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés), cierta información demográfica y económica de inquilinos que vivan en propiedades financiadas por LIHTC. Aunque agradeceríamos recibir esta información, puede optar por no proporcionarla. Usted no será discriminado sobre la base de esta información o si decide proporcionarla o no.

Nombre de la Propiedad: _____ **# Unidad:** _____

Los siguientes códigos de **RAZA** deben ser usados para llenar la tabla de abajo (seleccione todas las opciones que apliquen):

- 1 – Blanco
- 2 – Negro/Afroamericano
- 3 – Indioamericano/Nativo de Alaska
- 4 – Asiático
- 5 – Asiático de India
- 6 – Chino
- 7 – Filipino
- 8 – Japonés
- 9 – Coreano
- 10- Vietnamita
- 11- Otro Asiático
- 12- Nativo de Hawai/Otra Isla del Pacífico
- 13- Nativo de Hawai
- 14- Guameño o Chamorro
- 15- Samoano
- 16- Otra Isla del Pacífico
- 17- Otro
- 18- Rehúso responder la Raza

Los siguientes códigos de **Etnicidad** deben ser usados para llenar la tabla de abajo:

- Y – Hispano o Latino (persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro America, u otra cultura/origen español independientemente de la raza)
- N – No Hispano o Latino
- D – Rehúso responder la Etnicidad

Estado de Discapacidad: Definición de discapacidad (o impedimento) según la Ley de Equidad de Vivienda: Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, un registro de dicho impedimento o que se considere que tiene tal impedimento (24 CFR 100.201). La discapacidad no incluye el uso ilegal o la adición a sustancias controladas.

- Y – Discapacitado
- N – No Discapacitado
- D – Rehúso responder la Discapacidad

Enter both Relationship to Head of Household, Race, Ethnicity, Disability codes (as shown above) for each household member:

Apellidos, Nombre, Inicial	Relación con Cabeza del Hogar*	Raza (Use código superior)	Etnicidad (Y/N/D)	Discapacitado (S/N/D)	Género M = Masculino F = Femenino D = Rehúso

*Por favor escriba uno de los siguientes códigos para indicar la **Relación con Cabeza del Hogar**: **H** –Cabeza del Hogar; **S** – Cónyuge **A** – Adulto co-inquilino; **O** – Other miembro familiar; **C** – Niño (17 años o menos); **U** – Niño que no ha nacido; **F** –Niño/Adulto Adoptado; **L** – Cuidador que vive en el hogar; **N** – Ninguna de las anteriores.

Firma de Inquilinos/Solicitantes (Todo los miembros del hogar que tengan 18 años o más deben firmar/fecha):

_____ (fecha) _____ (fecha)

_____ (fecha) _____ (fecha)

HISTORIAL DE VIVIENDA / HISTORIAL DE ARRENDAMIENTO por los pasados 36 meses para cada adulto:

Favor de añadir el lugar donde los adultos hayan vivido por los pasados 36 meses comenzando con el más reciente. Incluya nombre del dueño de la propiedad información de contacto, de ser necesario utilice una hoja de papel adicional.

Desde _____ (mes & año) hasta _____ Solicitante que vivió allí _____

DIRECCION: _____ Renta: \$ _____ Arrendador/Dueño: _____

Relación Contigo: _____ Dirección & número telefónico de Arrendador: _____

Desde _____ (mes & año) hasta _____ Solicitante que vivió allí _____

DIRECCIÓN: _____ Renta: \$ _____ Arrendador/Dueño: _____

Relación Contigo: _____ Dirección & número telefónico de Arrendador: _____

Desde _____ (mes & año) hasta _____ Solicitante que vivió allí _____

DIRECCION: _____ Renta: \$ _____ Arrendador/Dueño: _____

Relación Contigo: _____ Dirección & número telefónico de Arrendador: _____

CERTIFICO QUE NO HE RENTADO EN LOS PASADOS 36 MESES.(si es cierto) Favor de proveer información de donde han vivi todos los adultos por los pasados 36 meses aunque no hayan tenido contrato de alquiler bajo su nombre)

Firma solicitantes que aplica lo siguiente: _____

(El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente aquí o en cualquier lugar de la solicitud)

Algun adulto solicitante que a vivido en cualquier otro Estado que no este mencionado anteriormente, favor escribir nombre y Estados:

TIENE USTED HCV/SECCION 8/Asistencia para Renta? _____ Describe: _____

ALGUNA / cosas que debemos:

APLICACIÓN DE RENTA

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS.

PARA USO DE LA ADMINISTRACION SOLAMENTE	
FECHA & HORA RECIBIDO:	
REQUIERE UNIDAD PARA DISCAPACITADO:	
AMI Set Aside (20%, 30%, 50%, 60%)	
Programa (LIHTC, HOME, etc.):	

1HB (Parkview & Wayne Gardens solamente)
 2HBS
 3HBS
 4HBS (Redwood SOLAMENTE)

COMPOSICION DEL HOGAR

Incluya todos y cada uno de los miembros de su familia que vivirán en la unidad junto con toda la información solicitada. No incluya menores que estarán presentes menos del 50% del tiempo. Si son más de 6 miembros en la familia añádalos a una hoja de papel adicional.

Miembro No.	Nombre Completo, incluya inicial	Relacion con JDF	Genero [M/F]	Fecha de nacimiento	Edad	Estudiante tiempo completo [S/N]***	Ultimos 4 digitos del SS
1		Jefe De Familia					
2							
3							
4							
5							
6							

***. Liste el estado como estudiante de los miembros que son estudiantes a Tiempo Completo para cada miembro que esta o estará enlistado o estuvo enlistado durante 5 meses en el año calendario. Incluya grados de K-12 colegio, universidad, curso técnico, intercambio y cursos y o escuela en línea.

¿Es o ha sido alguien en la aplicación conocido por cualquier otro nombre? SI NO
Si es 'Sí' explique: _____

¿Algún miembro espera algún cambio dentro de los siguientes 12 meses? SI NO
Si es 'Sí' explique: _____

¿Algún miembro del hogar está ausente del hogar? SI NO
Si es 'Sí' explique: _____

¿Se espera algún cambio en la estado o situación de los estudiantes dentro de los siguientes 12 meses? SI NO
Si es 'Sí' explique: _____

SITUACIÓN COMO ESTUDIANTE

¿Todos los miembros del hogar son estudiantes a Tiempo Completo como se define en Pág. 1? Sí No

Hay algún estudiante a Tiempo-parcial Sí No

*Si contesto que **SI** a alguna de las preguntas de arriba **DEBE** contestar las siguientes preguntas. Si contestó que no, a ambas preguntas arriba, debe continuar con la siguiente parte en la aplicación.*

¿Es usted mayor de edad según la ley estatal o legalmente capaz de ingresar en un contrato vinculante bajo las leyes del gobierno estatal? Sí No

¿Es el adulto estudiante(s) a tiempo completo casado y llenando la declaración de

impuestos juntos? Sí No T

¿Los estudiantes adultos a tiempo completo reciben asistencia bajo Título IV ley del Seguro Social

(y/o, AFDC or TANF, pero SS ó SSI)? Sí No

El los estudiante(s) a tiempo completo está inscrito en una programa bajo la Ley de la fuerza laboral o algún otro Programa federal/estatal. Sí No

¿El estudiante adulto es un padre soltero que no es reclamado como dependiente por otro(a) individuo? Sí No

¿El estudiante a tiempo completo previamente era un niño adoptivo bajo Parte B de título IV la ley de Seguro Social? Sí No

¿Los menores en el hogar son reclamados como dependientes por uno de los padres? Sí No

INGRESO DEL HOGAR

INSTRUCCIONES INGRESO:

Lista ingreso BRUTOS anticipa serán recibidos en los siguientes 12 meses seguidos a la fecha de certificación

- Para adultos incluya ambos ingresos por empleo e ingresos no ganados
- Contesta cada pregunta 'SI' – 'NO'. Por cada 'SI' incluya la cantidad de ingreso BRUTO ANUAL.
- **NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.**

(Para miembros adicionales mayores de 18 años utilice una hoja adicional)

Tipo de Ingreso	Jefe de Familia			Co-Jefe y/ó Otro Miembro		
	Marque uno	Cantidad Anual		Marque uno	Cantidad Anual	
1. Empleo	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
2. Tiempo adicional ó pago por turno	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
3. Bonos/comisiones/etc	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
4. Propinas	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
5. Pago en efectivo (bajo la mesa)	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
6. Trabajo propio	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
7. ¿ Tiene un Segundo empleo?	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
8. Ingresos periodicos de donaciones	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
9. Contribuciones No en efectivo	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
10. Pension alimenticia	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
11. Pension alimenticia informal	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
12. Manutencion conyugal	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
13. Manutencion conyugal informal	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
14. Seguro Social	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
15. SSI	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
16. SSP	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
17. TANF/AFDC NO cupones de alimentos	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
18. Desempleo	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
19. indemnizacion por despido	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
20. Pensión	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
21. Cuenta de Retiro	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
22. Cuenta de Inversiones	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
23. Compensacion de trabajadores	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
24. Cuenta de Anualidad	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
25. Fideicomiso	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
26. Discapacidad/Muerte	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
27. Prestamo estudiantil	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
28. Pago Militar	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
29. Ingresos por alquiler	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
30. Ingreso por Veteranos/ VA	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
31. Otro:	[] SI [] NO	\$		[] SI [] NO	\$	
	INGRESO TOTAL	\$		INGRESO TOTAL	\$	

¿Se espera algún cambio de ingreso dentro de los siguientes 12 meses? SI NO

Si contesta 'SI' explique: _____

Algún miembro que no está trabajando, espera comenzar a trabajar en los siguientes 12 meses?

SI NO

Información de Empleo:

Patrono: _____ Numero de Contacto: _____
 Dirección: _____ FAX: _____
 Fecha de contrato: _____ Supervisor

2do Empleo (si aplica):

Patrono: _____ Numero de contacto: _____
 Dirección: _____ FAX: _____
 Fecha de contrato: _____ Supervisor: _____

(si tiene más de 2 empleo utilizar una hoja de papel adicional)

ACTIVOS

Activos incluye dinero en efectivo (donde sea que este), todas las cuentas de banco, acciones, bonos, cuentas del mercado monetario, IRA's, anualidades, retiro/fondos por pensión, 401K's, 403B's, valor en efectivo de pólizas de seguro de vida completas o universales, equidad en bienes inmuebles o inversiones de capital, artículos retenidos como inversión, (joyas, arte, , monedas, estampillas de colección, etc), etc.

You must also include the value of any assets disposed of in the past 24 months for less than fair market value.

INSTRUCCIONES PARA ACTIVOS:

- Incluya todos los bienes de cada uno de los miembros incluyendo menores.
- El valor en efectivo es el valor de mercado menos cualquier costo/penalización para convertir en efectivo.

(Miembros adicionales—utilice una hoja de papel adicional . No añada a menores que NO tienen activos.)

Tipo de Activo	Jefe de Familia			Co-Jefe y/o miembro adicional		
	Marque Uno	Valor Aprox. en efectivo	Ingreso por activo	Marque uno	Valor Aprox. efectivo	Ingreso por activo
1. Cuenta de cheque	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
2. 2 ^{da} Cuenta de cheque	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
3. Cuenta de Ahorro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
4. 2 ^{da} Cuenta de Ahorro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
5. Tarjeta debito(salario)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
6. Direct Express (SS/SSI)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
7. ACCESS Card (SSP/TANF)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
8. Reliacard (desempleo)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
9. EPPICARD (pension alim.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$



10. Tarj.debito prepago	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
11. Efectivo en mano	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
12. Certificados de depósito(s) (CD's)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
13. Otras cuentas de Banco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
14. Fondos mutuos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
15. Acciones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
16. Porfolio actas inversión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
17. IRA/401K/etc.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
18. 2 ^{nda} IRA/401K/etc.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
19. Bonos de ahorro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
20. Billeto de tesorería	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
21. Anualidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
22. Fideicomiso revocable	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
23. Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
24. inmobiliario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
25. Otros Activos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
26. Otros Activos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
	TOTALES	\$	\$	TOTALES	\$	\$

Ingreso imputado. Si el total de activos es más de \$5,000 multiplicar por .06%: \$ _____

¿Alguien ha recibido una suma total en los pasados 2 años (i.e., lotería/ herencia)? SI NO

¿Alguien ha dispuesto de algún activo por debajo de valor del mercado? SI NO

Si contesto 'SI' a alguna de las preguntas anteriores, favor explicar:

Por cada activo marcado 'SI', favor completar lo siguiente

Typo de Activo	Nombre Miembro Hogar	Nombre institucion financiera/Compañía

(De ser necesario utilice una hoja de papel adicional para información de recursos activos adicionales)

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Alguna vez ha tenido cargos por desalojo en su contra en la oficina de un juez de distrito por falta de pago y/o retraso en el pago de la renta a su arrendador o por cualquier otra razón? SI No

¿Usted o cualquier otro miembro del hogar o persona que desea residir ha sido alguna vez condenado por un crimen? (Omita violaciones menores de tráfico, DUI (manejar bajo influencia, es un crimen) SI No

¿Usted u otro de los miembros del hogar ha sido sujeto al registro de ofensores sexuales estatal o federal en esté o cualquier otro Estado? Si la contestación es SI, quien? _____ SI No

¿Actualmente existe un cargo criminal pendiente para alguno de los miembros del hogar? SI No

Si contestó SI, explique: _____

¿Tiene usted un vale de Vivienda? SI No

¿Tiene usted mascota? Si contesto SI, describa: _____ SI No

¿Hay alguna necesidad especial de vivienda o algún acomodo razonable, (Ejemplos , una unidad para personas con problemas de movilidad, discapacidades visuales o auditivas, un asistente de vivienda, etc.), que el hogar necesitará para satisfacer las necesidades de un familiar discapacitado SI No. Si contesto SI enumere:

¿Usted u otro miembro del hogar requiere personal de asistencia en la vivienda? SI No
Si contesto que si, por favor provea nombre y relación (si alguna) de su proveedor de asistencia en la vivienda:

PERSONA CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Certifico/certificamos que si se me selecciona, la unidad que ocupare será mi, única residencia. Entiendo que la información anterior se está recopilando para determinar mi elegibilidad. Autorizo al propietario y/o administrador a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud Y, a contactar a los propietarios anteriores o actuales u otras fuentes de crédito e información de verificación, que pueden divulgarse a las agencias correspondientes, federales, estatales o locales Certifico que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi conocimiento.

DEBEN FIRMAR TODOS LOS ADULTOS MIEMBROS DEL HOGAR

Firma de Jefe del Hogar: _____ Fecha: _____

Co-Jefe u otro miembro adulto del Hogar: _____ Fecha: _____

Miembro Adulto: _____ Fecha: _____

Miembro Adulto: _____ Fecha: _____

Advertencia: Sección 1001 del Título 18 del código de los Estados Unidos hace que sea un delito para cualquier persona hacer declaraciones fraudulentas a cualquier departamento o agencia de Gobierno de los Estados Unidos o autoridad de Vivienda pública inspector a cualquier asunto o para hacer divulgación no autorizada o uso indebido de la información recogida a continuación.

AUTHORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

_____ al haber solicitado para residencia (o es un residente) en una propiedad administrada por Luminest. Como parte de nuestro proceso y cumplimiento continuo es necesario obtener diversas formas de documentación incluidos ingresos, historial de alquiler, activos, crédito y verificación criminal. La información obtenida se utilizara únicamente con único objetivo de determinar elegibilidad.

Yo/ nosotros los que firmamos abajo autorizo la divulgación, sin responsabilidad alguna, toda la información que pueda solicitarse sobre mis ingresos, salarios, informes de crédito, referencias etc. , en relación con mi solicitud para determinar si soy elegible para ocupar una casa o continuar ocupando una casa de la comunidad Luminest.

Advertencia: Sección 1001 del Título 18 del código de los Estados Unidos hace que sea un delito para cualquier persona hacer declaraciones fraudulentas a cualquier departamento o agencia de Gobierno de los Estados Unidos o autoridad de vivienda pública respecto a cualquier asunto o para hacer divulgación no autorizada o uso indebido de la información recogida a continuación.

Nombre en letra de molde /Nombre del Inquilino	Firma	Fecha
Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Firma	Fecha
Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Firma	Fecha
Otro miembro de la familia mayor de 18 años	Firma	Fecha

