



Solicitud de Vivienda de Alquiler en Newburgh, NY.

Comuníquese con Rupco si necesita ayuda con su solicitud y/o tiene preguntas:
newburgh@rupco.org o (845) 569-2292

Todas las Solicitudes deben enviarse a 169 Lander St, Newburgh NY 12550.

Hay un buzón ubicado a la derecha de la puerta para su comodidad.

Únicamente aplicaciones originales; no se admitirán copias, solicitudes enviadas por fax o correo electrónico.

- **Conteste todas las preguntas con sinceridad. Cualquier declaración falsa de información (información falsa, incompleta o engañosa) hará que se rechace la solicitud por su hogar.**
- **Complete todas las secciones de la solicitud imprimiéndolas físicamente. NO DEJE sección en blanco. Si una pregunta no le es aplicable a su hogar, escriba NINGUNO o N/A (No Aplicable).**
- **Después de aceptar su solicitud, haremos una determinación preliminar de elegibilidad. Si su hogar parece ser elegible para una vivienda, su solicitud se colocará en una lista de espera; pero esto NO significa que a su hogar se le ofrecerá un apartamento. Si el procesamiento posterior establece que su hogar no es elegible ni ha calificado para la vivienda, su solicitud será denegada. Procesaremos su solicitud de acuerdo con nuestros procedimientos estándar que se resumen en los Criterios de selección de residentes en la Oficina de administración de propiedades, y pueden incluir verificación de antecedentes de crédito, antecedentes penales y de alquiler.**

Aviso: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que es un delito penal hacer a sabiendas y voluntariamente declaraciones fraudulentas o tergiversaciones de cualquier hecho material en el uso u en la obtención del uso de fondos federales. Si a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones fraudulentas o tergiversaciones de cualquier hecho material en el uso u obtención del uso de fondos federales, puede ser multado bajo este título o encarcelado no más de 5 años, o ambos.

Compruebe todas las propiedades para las que desea presentar una solicitud:

- **Lander St Apartments** 83 apartamentos de una, dos, tres, cuatro, y cinco habitaciones situados en las calles Lander, South, y Chambers.
- **East End I** 44 estudios y apartamentos de una, dos, y tres habitaciones situados en las calles First, Dubois, S. Miller, Johnston, y Lander.
- **East End II** 61 apartamentos de una, dos y tres habitaciones, ubicados en las calles First, Chambers, Dubois, S. Miller, Johnston y Lander

Nombre	Apellido		Dirección de envío
Número de teléfono	Email		
Composición del hogar: enumere a TODAS las personas que residirán en el hogar. Debe enumerarse primero; si necesita espacio adicional, utilice el espacio en blanco en la página 2.	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación con la persona Cabeza del hogar
			CABEZA

¿Anticipa alguna adición al hogar en los próximos doce meses? SÍ NO

Describir: _____

Seleccione el número de habitaciones que está solicitando: Estudio Uno Dos Tres Cuatro Cinco

El/los solicitante/s reconoce/n la adopción por parte del Propietario de un entorno de vida para no fumadores y los esfuerzos para designar a toda la propiedad como de No Fumador, con zonas designadas para fumar al menos a 25 pies del edificio: SÍ NO



HISTORIAL DE ARRENDAMIENTO: Debe indicar su residencia actual en primer lugar.

Esto debe incluir todas las residencias anteriores durante los últimos (4) cuatro años, incluidos aquellos lugares donde el/los nombre/s no aparecieron en el contrato de arrendamiento y aquellos lugares donde usted o un familiar usaron un nombre diferente. Esto le incluye a usted y/o a los miembros adultos del hogar, mayores de 18 años.

Miembro HH:	Calle	Ciudad	Estado	Zip	Fecha de inicio de la residencia	Fecha del final de la residencia	Nombre y número de teléfono del arrendador

REFERENCIAS PERSONALES:

Complete esta sección **si no tiene los cuatro años requeridos de historial de alquiler**. Se requieren tres referencias personales. Estos no pueden ser amigos o familiares. Ejemplos incluyen: clero, empleadores anteriores, compañeros de trabajo, líderes voluntarios, trabajadores sociales, asesores, etc.

Nombre	Número de teléfono	Relación
Nombre	Número de teléfono	Relación
Nombre	Número de teléfono	Relación

INGRESOS:

Enumere los ingresos actuales de TODOS los miembros del hogar de todas las fuentes. Esto incluye, pero no se limita a Empleo (a tiempo completo, a tiempo parcial y estacional), Empleo por cuenta propia, Asistencia pública, Seguro Social, SSI, Desempleo, Pensión alimenticia, Manutención de los hijos, Indemnización por enfermedad o accidente laboral, Discapacidad, Pensión, Fuerzas armadas, Ingresos de propiedad de alquiler, contribuciones regulares de personas que no residen con usted, etc. *Indique sus ingresos brutos, antes de impuestos o cualquier otra deducción*

Miembro HH:	Fuente de ingresos	Dirección de la fuente de ingresos/Persona de contacto y Número de teléfono	Ingresos mensuales

¿Anticipa algún cambio en sus ingresos en los próximos doce meses? SÍ NO

En caso afirmativo, describir: _____

ACTIVOS:

Incluya efectivo (donde sea que se mantenga), cuentas bancarias, cuentas fiduciarias, certificados de depósito (CD), acciones, bonos, fondos mutuos, valores, bonos de ahorro, IRA, pólizas de seguro de vida, bienes raíces, inversiones, etc. Enumere para TODOS los miembros del hogar. Si necesita más espacio, enumere en una hoja de papel separada y adjunte a esta solicitud.

Marque uno de los siguientes:

- En los últimos dos (2) años, yo/nosotros hemos vendido o regalado activos (incluyendo efectivo, bienes raíces, etc.) por más de \$1,000 por debajo de su valor justo de mercado (FMV).

Son los siguientes: _____

- Yo/nosotros NO hemos vendido o regalado activos (incluyendo efectivo, bienes raíces, etc.) por un valor de mercado inferior a su valor justo durante los últimos dos (2) años.

Marque uno de los siguientes:

- Yo/nosotros no tenemos ningún activo en este momento. Los activos incluyen cuentas corrientes/de ahorro, acciones, bonos y otros tipos enumerados anteriormente.
- Yo/nosotros tenemos activos. Son los siguientes:

Miembro HH:	Nombre de la institución	# de cuenta:	Tipo de activo	Tipo de interés	Cantidad

Utilice el espacio restante en esta página para enumerar los miembros adicionales del hogar, o las fuentes de ingresos o activos:

Conteste las siguientes preguntas. Si selecciona "sí", use el espacio proporcionado para describir su respuesta

Estas preguntas se aplican a usted y a TODOS los miembros de su hogar.

Pregunta:	NO	SÍ	Describir:
¿Tiene actualmente un vale transferible para un subsidio de alquiler, como la Sección 8?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Vive actualmente en una vivienda insegura o inadecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está sin hogar o a punto de quedarse sin hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Algún miembro de su hogar tiene discapacidad visual o auditiva, en la medida en que necesitaría un apartamento adaptado específicamente a sus necesidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Necesita una unidad 100% accesible para discapacitados debido al uso de un dispositivo de movilidad, como una silla de ruedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene mascotas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha poseído una casa o bienes raíces en los últimos tres años? Si es así, ¿está obteniendo ingresos de alquiler de esta propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez uno de los miembros del hogar ha sido condenado por un delito grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Hay algún miembro del hogar registrado como delincuente sexual? En caso afirmativo, ¿está sujeto a un registro vitalicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Algún miembro del hogar ha sido condenado por fabricar metanfetaminas en su hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se considera que TODOS los miembros de su hogar, incluido usted, son estudiantes a tiempo completo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha servido usted o algún miembro de su hogar en el ejército?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha sido usted o algún miembro del hogar diagnosticado con trastorno por abuso de sustancias, según lo definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Después del encarcelamiento se define como un joven o adulto que vuelve a ingresar a la comunidad después de haber sido encarcelado o colocado en un centro de justicia juvenil, en particular aquellos con condiciones incapacitantes. ¿Esto se aplica a usted o a algún miembro de su hogar?			

Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar la página 4 de esta solicitud.

Esta solicitud se considerará INCOMPLETA si no está firmada por todos los miembros del hogar mayores de 18 años.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD:

Certifico/certificamos que si soy/somos seleccionado/s para vivir en cualquier propiedad o administrada por Rupco, la unidad que ocupamos será mi/nuestra única residencia. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que la información anterior se está recopilando para determinar mi/nuestra elegibilidad. Yo/nosotros autorizo/autorizamos al Propietario/Gerente a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a ponerse en contacto con los propietarios anteriores o actuales, u otras fuentes para obtener información de crédito y verificación que pueda ser divulgada a las agencias federales, estatales o locales apropiadas. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que, para algunas propiedades, tenemos (1) la opción de mostrar el comprobante de 12 meses de pago de alquiler a tiempo y completo en los últimos 12 meses consecutivos O la recepción de subsidio o subsidios que pagan el alquiler completo, en lugar de una verificación de crédito, (2) el derecho a revisar, impugnar y explicar los resultados de una verificación de antecedentes o de crédito, (3) para todas las propiedades, los derechos bajo la Ley de Violencia contra la Mujer (Violence Against Women Act, VAWA) y de conformidad con la Política HCR VAWA y (4) la capacidad de solicitar una adaptación razonable. Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información personal proporcionada en este certificado es correcta a mi/nuestro leal saber y entender. Yo/Nosotros entendemos que las declaraciones falsas son punibles bajo la Ley Federal. Yo/Nosotros acordamos actualizar y notificar a la administración inmediatamente por escrito con respecto a cualquier cambio en la dirección del hogar, en los números de teléfono, ingresos y composición del hogar. Yo/Nosotros he/hemos leído y entiendo/entendemos la información en esta solicitud, y yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo en cumplir dicha información. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que puede haber información adicional requerida si la unidad que se solicita requiere la verificación de los requisitos de elegibilidad adicionales. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que si esta solicitud está incompleta, será rechazada. Entiendo/entendemos que si se aprueba esta solicitud y se produce la mudanza, certificamos que aceptaremos y cumpliremos todas las condiciones de ocupación establecidas en la misma. Entiendo que si mi solicitud es rechazada en base a mi historial penal, se me proporcionará cualquier documentación utilizada para denegar mi solicitud y una explicación sobre la denegación, después de lo cual tendré 14 días hábiles para revisar, impugnar, presentar evidencia de rehabilitación y explicar cualquier condena en mi historial que condujo a la denegación de mi solicitud. Certifico/Certificamos que toda la información proporcionada en esta solicitud y cualquier adición a la misma es verdadera, completa y precisa. Entiendo/entendemos que si hay información falsa, engañosa o incompleta, la administración puede rechazar nuestra solicitud o, si se ha producido una mudanza, rescindir nuestro Contrato de arrendamiento.

FIRMAS:

Cabeza del Hogar	(Nombre en mayúsculas)	Fecha
Cabeza conjunta del Hogar	(Nombre en mayúsculas)	Fecha
Otro Miembro Adulto del Hogar	(Nombre en mayúsculas)	Fecha

Si está solicitando una unidad de Vales basados en proyectos en Lander St Apartments, también debe completar las páginas 7 a 13 de esta solicitud.

Estas preguntas son opcionales y no afectarán a su elegibilidad. Son únicamente para fines estadísticos.

1 .) ¿Cómo nos ha conocido? Periódico Amigo/Familia Sitio web Agencia local Otro

Especificar: _____

2 .) Estado civil: Casado Soltero Separado Divorciado Viudo

3 .) Discapacitado/minusválido: Sí No

4 .) Raza y origen étnico: La siguiente información es solicitada por el Gobierno Federal para monitorear el cumplimiento de las Leyes Federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes que buscan participar en este programa. Usted no está obligado a proporcionar esta información; sin embargo, se le anima a que lo haga. Si elige no proporcionar esta información, estamos obligados a anotar la raza/origen nacional de los solicitantes individuales en base a la observación visual o el apellido.

Rodee con un círculo cuál cree que mejor describe su origen étnico: Hispano No hispano

Rodee con un círculo cuál cree que mejor describe su raza:

Caucásico Afroamericano Nativo Americano

Nativo de Alaska Asiático o isleño del Pacífico Multi-raza Describir:

No discriminamos en base a la raza, la religión, el origen nacional, el color, el credo, la edad, el sexo, la discapacidad, el estado familiar, el estado civil, la orientación sexual, la identidad de género o la fuente legal de ingresos.

Apéndice obra artística

Se dará preferencia por 12 unidades en East End I a artistas de diversos orígenes artísticos y culturales. Solo un miembro adulto del hogar, mayor de 18 años, necesita demostrar un compromiso como artista activo para calificar para la preferencia como artista. **Si desea ser considerado para una vivienda para artistas, complete esta sección.**

1 .) Nombre del artista en el hogar:

2 .) Describa su forma de arte:

3 .) Cuéntenos sobre su educación, formación y/o experiencia en relación con su arte:

4 .) Describa cómo participa en su arte:

5 .) Describa cualquier presentación pública reciente o pasada de su arte:

6 .) ¿Alguna vez ha vivido en una vivienda para artistas? En caso afirmativo, ¿dónde y cuál fue su principal impresión o experiencia?

Definición de artista

Definimos el término "artista" para abarcar una amplia variedad de actividades creativas y nos comprometemos a atraer a personas y familias creativas de diversos orígenes artísticos y culturales.

Artista se definirá como:

- Una persona que trabaja o es experta en cualquiera de las bellas artes, que incluyen, entre otros, pintura, dibujo, escultura, artes del libro, grabados y medios mixtos.
- Una persona que crea obras imaginativas de valor estético, que incluyen, entre otros, literatura, poesía, fotografía, composición musical, coreografía, arquitectura, diseño gráfico, cine, vídeo y artes digitales.
- Una persona que crea arte funcional, que incluye, entre otros, objetos de metal, textiles, papel, madera, cerámica, vidrio o plástico.
- Un intérprete o artista teatral, que incluye, entre otros, cantantes, bailarines, músicos, actores, artistas del espectáculo; diseñadores de vestuario, iluminación, sonido y escenarios.

En todas las disciplinas artísticas, un diseñador, técnico, artesano, maestro o administrador que se dedica a utilizar su experiencia dentro de la comunidad para apoyar, promover, presentar y/o enseñar y propagar su forma de arte a través de eventos, actividades, actuaciones y clases.

Proceso de revisión de artistas

Cuando hay una vacante para una unidad con una preferencia de artista, el personal solicitará muestras del trabajo del solicitante, para determinar su nivel de compromiso con las artes, la comunidad y su forma de arte. Esto también nos ayudará a entender sus necesidades y expectativas con respecto a vivir en una comunidad de artistas.

No se juzgará a los solicitantes por el contenido o la calidad de su obra artística. Los artistas tendrán que demostrar que participan activamente en su forma de arte.

El trabajo creativo de un artista no tiene por qué ser la fuente principal de ingresos, ya que a menudo es costumbre que los artistas trabajen en otro campo para mantenerse a sí mismos y a su forma de arte.

Solo un miembro del hogar necesita demostrar un compromiso como artista activo para calificar para la preferencia como artista.

en East End I, no se permitirá que se lleven a cabo aquellos procesos artísticos que son extremadamente ruidosos, requieren una zonificación industrial o precisan de materiales peligrosos. Ejemplos de esfuerzos artísticos que pueden excluirse incluyen la soldadura, la carpintería con herramientas eléctricas, la práctica de bandas amplificadas y el soplado de vidrio.

Las páginas 8 a 14 son solicitudes para las unidades de Vales basados en proyectos en Lander St. Apartments. Una vez recibido, si usted es elegible para un Vale basado en proyectos, estas solicitudes se envían a Pathstone, donde se ingresarán en su lista de espera para una de las unidades de Vale basado en proyecto. Aunque son idénticas, **las tres solicitudes de Vales basados en proyectos Y la página 13: HUD-92006 "Suplemento a la Solicitud de Vivienda de Asistencia Federal" debe completarse en su totalidad** y firmarse por el Cabeza del Hogar y, si corresponde, el cónyuge o Cabeza Conjunto. Para obtener más información sobre el programa de Vales basados en proyectos, comuníquese con Pathstone al (845) 343-0771.

Las páginas 16 a 20 se refieren a su protección bajo la Ley de Violencia contra la Mujer. Estas páginas NO tienen que ser rellenas; son para informarle de sus derechos. Elimine estas páginas y consérvelas para sus registros.

Se adjunta lo siguiente:

- Notificación de Derechos de Ocupación bajo VAWA, que explica las Protecciones de VAWA
- Certificación de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso y documentación alternativa que debe completar la víctima para documentar un incidente de DVDVSAS

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente



SOLICITUD DE LISTA DE ESPERA - Lander Street I
 Programa de Vales basados en proyectos (PBV) de PathStone Corporation

Este formulario lo debe completar el Cabeza del Hogar. Utilice el nombre legal para cada miembro del hogar.

Fecha		Nombre del Cabeza del Hogar			Email	
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono celular		Otro teléfono
Dirección (indique la última dirección conocida si actualmente no tiene hogar)				Apt.#	Ciudad	Estado
						Código ZIP
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Su dirección postal es la misma que la indicada anteriormente?						
Si No:	Dirección postal			Apt.#	Ciudad	Estado
						Código ZIP

Si se le selecciona para la lista de espera, se le pedirá que proporcione una prueba de residencia si su dirección se encuentra en la ubicación de la lista de espera para la que presenta un solicitud

I. HOGAR: Enumere a todas las personas que vivirán en el hogar.

Tenga en cuenta que la información sobre el estado de discapacidad y la edad se puede utilizar para determinar la selección de la lista de espera. Ingrese información sobre todos los miembros de la familia que vivirán en el hogar, incluidos los niños por nacer.

Relación: cabeza del hogar, cónyuge, pareja doméstica, cabeza del hogar conjunta, hijo, hija, hijo/a adoptivo/a, ayudante residente, otro adulto

Raza: Negro/Afroamericano, Indio Americano/Nativo de Alaska, Asiático, Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico, Blanco

1. Cabeza del Hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
						Relación
						CABEZA
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
2. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
						Relación
Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
3. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
						Relación
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
4. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
						Relación
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
5. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
						Relación

Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
6. Miembro del hogar						
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):	Relación	
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros

Proporcione cualquier información adicional sobre los miembros del hogar en una hoja de papel separada.

II. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL HOGAR

SI	NO	Pregunta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se encuentra actualmente sin hogar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar es un veterano militar de los EE.UU.?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar está sujeto al registro de delincuentes sexuales de por vida?
		En caso afirmativo: Quién y dónde: Detalles del crimen:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar ha sido condenado por algún crimen (excluyendo infracciones de tráfico)?
		En caso afirmativo: Quién: Estado: Cuándo: Infracción:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido condenado algún miembro del hogar por actividades delictivas relacionadas con las drogas para la fabricación o producción de metanfetamina en viviendas de asistencia federal?
		En caso afirmativo: Quién y dónde: Detalles del crimen:

III. INGRESOS ANUALES DE LA FAMILIA

Completar todas las fuentes de ingresos para la familia que incluyen, pero no se limitan a: salarios, ayuda social/TANF, contribuciones externas, ingresos de trabajo por cuenta propia, manutención de los hijos, desempleo, Seguro Social y SSI.

Nombre del miembro del hogar	Tipo de ingresos (salario, SS, SSI, TANF, contribución, manutención de los hijos, etc.)	Cantidad de ingresos por año
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Ingresos totales de la familia		\$

Proporcione cualquier información adicional sobre los ingresos en una hoja de papel separada.

IV. ACTIVOS DE LA FAMILIA

Complete lo siguiente para todos los activos propiedad de un miembro del hogar, que incluyen, pero no se limitan a: cuentas corrientes, cuentas de ahorro, propiedad mantenida como una inversión, bonos, IRA, póliza de seguro de vida, cuenta de mercado monetario, 401K y fondos fiduciarios.

Nombre del miembro del hogar	Nombre y dirección completa y número de teléfono o correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tipo de interés	Ingresos anuales
1				
2				
3				

Proporcione cualquier información adicional sobre el activo en una hoja de papel separada.

V. DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Yo/nosotros certifico/amos que toda la información proporcionada es exacta y completa a mi/nuestro leal saber y entender, yo/nosotros he/mos revisado este formulario y certifico/amos que la información mostrada es verdadera y correcta.

Acciones penales y administrativas por información falsa

Yo/nosotros entiendo/entendemos que el suministro a sabiendas de información falsa, incompleta o inexacta es punible bajo la ley penal federal o estatal. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que el suministro a sabiendas de información falsa, incompleta o inexacta es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda, la rescisión del arrendamiento o la denegación de asistencia.

Firma del cabeza del hogar

Fecha

Firma del cónyuge / cabeza conjunta

Fecha

Aviso: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que es un delito penal hacer declaraciones falsas o tergiversaciones intencionadas a cualquier Departamento de la Agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su Jurisdicción.

Este formulario lo debe completar el Cabeza del Hogar. Utilice el nombre legal para cada miembro del hogar.

Fecha	Nombre del Cabeza del Hogar			Email	
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Dirección (indique la última dirección conocida si actualmente no tiene hogar)				Apt.#	Ciudad
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Su dirección postal es la misma que la indicada anteriormente?					
Si No:	Dirección postal			Apt. #	Ciudad

Si se le selecciona para la lista de espera, se le pedirá que proporcione una prueba de residencia si su dirección se encuentra en la ubicación de la lista de espera para la que presenta un solicitud

I. HOGAR: Enumere a todas las personas que vivirán en el hogar.

Tenga en cuenta que la información sobre el estado de discapacidad y la edad se puede utilizar para determinar la selección de la lista de espera. Ingrese información sobre todos los miembros de la familia que vivirán en el hogar, incluidos los niños por nacer.

Relación: cabeza del hogar, cónyuge, pareja doméstica, cabeza del hogar conjunta, hijo, hija, hijo/a adoptivo/a, ayudante residente, otro adulto

Raza: Negro/Afroamericano, Indio Americano/Nativo de Alaska, Asiático, Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico, Blanco

1. Cabeza del Hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
						CABEZA
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº del Seguro Social	Nº de registro de extranjeros
2. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
3. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
4. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
5. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros

	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
6. Miembro del hogar						
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):	Relación	
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros

Proporcione cualquier información adicional sobre los miembros del hogar en una hoja de papel separada.

II. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL HOGAR

SI	NO	Pregunta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se encuentra actualmente sin hogar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar es un veterano militar de los EE.UU.?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar está sujeto al registro de delincuentes sexuales de por vida?
		En caso afirmativo: Quién y dónde: Detalles del crimen:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar ha sido condenado por algún crimen (excluyendo infracciones de tráfico)?
		En caso afirmativo: Quién: Estado: Cuándo: Infracción:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido condenado algún miembro del hogar por actividades delictivas relacionadas con las drogas para la fabricación o producción de metanfetamina en viviendas de asistencia federal?
		En caso afirmativo: Quién y dónde: Detalles del crimen:

III. INGRESOS ANUALES DE LA FAMILIA

Completar todas las fuentes de ingresos para la familia que incluyen, pero no se limitan a: salarios, ayuda social/TANF, contribuciones externas, ingresos de trabajo por cuenta propia, manutención de los hijos, desempleo, Seguro Social y SSI.

Nombre del miembro del hogar	Tipo de ingresos (salario, SS, SSI, TANF, contribución, manutención de los hijos, etc.)	Cantidad de ingresos por año
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Ingresos totales de la familia		\$

Proporcione cualquier información adicional sobre los ingresos en una hoja de papel separada.

IV. ACTIVOS DE LA FAMILIA

Complete lo siguiente para todos los activos propiedad de un miembro del hogar, que incluyen, pero no se limitan a: cuentas corrientes, cuentas de ahorro, propiedad mantenida como una inversión, bonos, IRA, póliza de seguro de vida, cuenta de mercado monetario, 401K y fondos fiduciarios.

Nombre del miembro del hogar	Nombre y dirección completa y número de teléfono o correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tipo de interés	Ingresos anuales
1				
2				
3				

Proporcione cualquier información adicional sobre el activo en una hoja de papel separada.

V. DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Yo/nosotros certifico/amos que toda la información proporcionada es exacta y completa a mi/nuestro leal saber y entender, yo/nosotros he/hemos revisado este formulario y certifico/amos que la información mostrada es verdadera y correcta.

Acciones penales y administrativas por información falsa

Yo/nosotros entiendo/entendemos que el suministro a sabiendas de información falsa, incompleta o inexacta es punible bajo la ley penal federal o estatal. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que el suministro a sabiendas de información falsa, incompleta o inexacta es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda, la rescisión del arrendamiento o la denegación de asistencia.

Firma del cabeza del hogar

Fecha

Firma del cónyuge / cabeza conjunta

Fecha

Aviso: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que es un delito penal hacer declaraciones falsas o tergiversaciones intencionadas a cualquier Departamento de la Agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su Jurisdicción.

SOLICITUD DE LISTA DE ESPERA - Lander Street III
 Programa de Vales basados en proyectos (PBV) de PathStone Corporation

Este formulario lo debe completar el Cabeza del Hogar. Utilice el nombre legal para cada miembro del hogar.

Fecha	Nombre del Cabeza del Hogar			Email	
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Dirección (indique la última dirección conocida si actualmente no tiene hogar)				Apt.#	Ciudad
Estado				Código ZIP	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ; Su dirección postal es la misma que la indicada anteriormente?					
Si No:	Dirección postal			Apt.#	Ciudad
Estado				Código ZIP	

Si se le selecciona para la lista de espera, se le pedirá que proporcione una prueba de residencia si su dirección se encuentra en la ubicación de la lista de espera para la que presenta un solicitud

I. HOGAR: Enumere a todas las personas que vivirán en el hogar.

Tenga en cuenta que la información sobre el estado de discapacidad y la edad se puede utilizar para determinar la selección de la lista de espera.

Ingrese información sobre todos los miembros de la familia que vivirán en el hogar, incluidos los niños por nacer.

Relación: cabeza del hogar, cónyuge, pareja doméstica, cabeza del hogar conjunta, hijo, hija, hijo/a adoptivo/a, ayudante residente, otro adulto

Raza: Negro/Afroamericano, Indio Americano/Nativo de Alaska, Asiático, Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico, Blanco

1. Cabeza del Hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Relación		CABEZA				
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
2. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Relación						
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
3. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Relación						
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
4. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Relación						
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros
5. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
Relación						
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros

6. Miembro del hogar						
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M):
						Relación
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante a tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del seguro social	Nº de registro de extranjeros

Proporcione cualquier información adicional sobre los miembros del hogar en una hoja de papel separada.

II. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL HOGAR

SÍ	NO	Pregunta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se encuentra actualmente sin hogar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar es un veterano militar de los EE.UU.?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar está sujeto al registro de delincuentes sexuales de por vida?
		En caso afirmativo: Quién y dónde:
		Detalles del crimen:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro del hogar ha sido condenado por algún crimen (excluyendo infracciones de tráfico)?
		En caso afirmativo: Quién:
		Estado:
		Cuándo:
		Infracción:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido condenado algún miembro del hogar por actividades delictivas relacionadas con las drogas para la fabricación o producción de metanfetamina en viviendas de asistencia federal?
		En caso afirmativo: Quién y dónde:
		Detalles del crimen:

III. INGRESOS ANUALES DE LA FAMILIA

Completar todas las fuentes de ingresos para la familia que incluyen, pero no se limitan a: salarios, ayuda social/TANF, contribuciones externas, ingresos de trabajo por cuenta propia, manutención de los hijos, desempleo, Seguro Social y SSI.

Nombre del miembro del hogar	Tipo de ingresos (salario, SS, SSI, TANF contribución, manutención de los hijos, etc.)	Cantidad de ingresos por año
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Ingresos totales de la familia		\$

Proporcione cualquier información adicional sobre los ingresos en una hoja de papel separada.

IV. ACTIVOS DE LA FAMILIA

Complete lo siguiente para todos los activos propiedad de un miembro del hogar, que incluyen, pero no se limitan a: Cuentas corrientes, cuentas de ahorro, propiedad mantenida como una inversión, bonos, IRA, póliza de seguro de vida, cuenta de mercado monetario, 401K y fondos fiduciarios.

Nombre del miembro del hogar	Nombre y dirección completa y número de teléfono o correo electrónico del activo	Valor en efectivo	Tipo de interés	Ingresos anuales
1				
2				
3				

Proporcione cualquier información adicional sobre el activo en una hoja de papel separada.

V. DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Yo/nosotros certifico/amos que toda la información proporcionada es exacta y completa a mi/nuestro leal saber y entender, yo/nosotros he/hemos revisado este formulario y certifico/amos que la información mostrada es verdadera y correcta.

Acciones penales y administrativas por información falsa

Yo/nosotros entiendo/entendemos que el suministro a sabiendas de información falsa, incompleta o inexacta es punible bajo la ley penal federal o estatal. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que el suministro a sabiendas de información falsa, incompleta o inexacta es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda, la rescisión del arrendamiento o la denegación de asistencia.

Firma del cabeza del hogar

Fecha

Firma del cónyuge / cabeza conjunta

Fecha

Aviso: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que es un delito penal hacer declaraciones falsas o tergiversaciones intencionadas a cualquier Departamento de la Agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su Jurisdicción.

Información de contacto adicional y opcional para solicitantes de vivienda asistida por HUD

SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VIVIENDA DE ASISTENCIA FEDERAL
Este formulario debe proporcionarse a cada solicitante de vivienda de asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Usted tiene el derecho por ley de incluir como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, de salud, de defensa u otra organización. Esta información de contacto tiene el propósito de identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier problema que pueda surgir durante su arrendamiento o ayudar a proporcionar cualquier atención o servicio especial que pueda requerir. **Usted puede actualizar, eliminar o cambiar la información que proporcione en este formulario en cualquier momento.** Usted no está obligado a proporcionar esta información de contacto, pero si decide hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:

Dirección postal:

Nº de teléfono:

Nº de teléfono celular:

Nombre de la persona u organización de contacto:

Dirección:

Nº de teléfono:

Nº de teléfono celular:

Email (si aplica):

Relación con el solicitante:

Motivo del contacto: (Marcar todas las que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Asistencia con proceso de recertificación |
| <input type="checkbox"/> No se puede contactar con usted | <input type="checkbox"/> Cambio en las condiciones del arrendamiento |
| <input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia para el alquiler <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Modificación de las normas de la casa |
| <input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pago tardío del alquiler | |

Compromiso de la autoridad de vivienda o propietario: Si se le ha aprobado para vivienda, esta información se mantendrá como parte de su expediente de inquilino. Si surgen problemas durante su arrendamiento o si necesita algún servicio o atención especial, podemos comunicarnos con la persona u organización que enumeró para ayudarle a resolver los problemas o proporcionarle cualquier servicio o atención especial.

Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no se divulgará a nadie, excepto según lo permitido por el solicitante o la ley aplicable.

Aviso legal: La Sección 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario (*Housing and Community Development Act*) de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) requiere que a cada solicitante de vivienda de asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información sobre una persona de contacto u organización adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de viviendas acepta cumplir los requisitos de no discriminación e igualdad de oportunidades de la sección 5.105 del 24 CFR, incluidas las prohibiciones de discriminación en la admisión o participación en programas de vivienda de asistencia federal en base a la raza, el color, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar en virtud de la Ley de Vivienda Equitativa, y la prohibición de la discriminación por edad en virtud de la Ley de Discriminación por Edad (*Age Discrimination Act*) de 1975.

Marque esta casilla si decide no proporcionar la información de contacto.

Firma del solicitante

Fecha

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario se presentaron a la Oficina de Gestión y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) en virtud de la Ley de Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act*) de 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). La carga para esta recolección de información pública se estima en 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. El artículo 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario (*Housing and Community Development Act*) de 1992 (42 U.S.C. artículo 13604) impone a HUD la obligación de exigir a los proveedores de viviendas que participan en los programas de vivienda asistida de HUD que proporcionen a cualquier persona o familia que solicite la ocupación de una vivienda asistida por HUD la opción de ocupación el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo o persona asociada con una organización social, de salud, de defensa u otra organización similar. El objetivo de proporcionar dicha información es facilitar el contacto del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el arrendatario para ayudar a proporcionar cualquier prestación de servicios o atención especial al arrendatario y ayudar a resolver cualquier problema de arrendamiento que surja durante el arrendamiento de dicho arrendatario. Esta información de solicitud adicional debe ser mantenida por el proveedor de viviendas y mantenida como información confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda Asistida de HUD y es voluntario. Es compatible con los requisitos legales y los controles de gestión y programas que evitan el fraude, los residuos y la mala gestión. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act*), una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información, a menos que la recopilación muestre un número de control OMB actualmente válido.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550, autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recopilar toda la información (excepto el Número del Seguro Social (SSN)) que será utilizada por HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.

Esta página se ha dejado en blanco
intencionadamente

Homes and Community Renewal

Aviso de derechos de ocupación en virtud de la Ley de violencia contra la mujer

A todos los Arrendatarios y Solicitantes:

La Ley de violencia contra la mujer (VAWA) proporciona protección a las víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Las protecciones de VAWA no solo están disponibles para las mujeres, sino que están disponibles por igual para todas las personas, independientemente del sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Este aviso explica sus derechos en virtud de VAWA. Un formulario de certificación aprobado por HUD se adjunta a este aviso. Puede completar este formulario para demostrar que es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, y que desea usar sus derechos bajo VAWA.

Protecciones para los Solicitantes

Si de otra manera califica para la vivienda o programa de alquiler, no se le puede negar la admisión o la asistencia porque es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso.

Protecciones para los Arrendatarios

No se le puede negar asistencia, cancelar su participación o ser desalojado de su vivienda de alquiler porque sea o haya sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. 1 A pesar del nombre de esta ley, la protección en base a la VAWA está disponible independientemente del sexo, la identidad de género o la orientación sexual. 2 Los proveedores de vivienda no pueden discriminar en base a ninguna característica protegida, incluida la raza, el color, el origen nacional, la religión, el sexo, el estado familiar, la discapacidad o la edad. Las viviendas asistidas por HUD y aseguradas por HUD deben estar disponibles para todas las personas elegibles, independientemente de la orientación sexual real o percibida, la identidad de género o el estado civil.

Además, si usted o una persona afiliada suya es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso por parte de un miembro de su hogar o de cualquier huésped, no se le puede negar la asistencia de alquiler o derechos de ocupación únicamente en base a la actividad criminal directamente relacionada con esa violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Persona afiliada significa su cónyuge, padre, hermano, hermana o hijo, o una persona por la que usted ocupa el lugar de padre o tutor (por ejemplo, la persona afiliada está bajo su cuidado, custodia o control); o cualquier persona, inquilino u ocupante legal que viva en su hogar.

Retirada del abusador o perpetrador del hogar

Rupco puede dividir (bifurcar) su contrato de arrendamiento con el fin de desalojar a la persona o rescindir la asistencia de la persona que ha participado en actividades delictivas (el abusador o el perpetrador) directamente relacionadas con violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Si HP decidiera retirar al abusador o perpetrador, HP no podrá retirar los derechos de los arrendatarios elegibles a la unidad ni castigar de otro modo a los arrendatarios restantes. Si el abusador o perpetrador desalojado fue el único arrendatario que estableció la elegibilidad para recibir asistencia bajo el programa, HP deberá permitir que el arrendatario que es o ha sido víctima y otros miembros del hogar permanezcan en la unidad durante un período de tiempo, con el fin de establecer la elegibilidad bajo el programa o bajo otro programa de vivienda de HUD cubierto por VAWA, o, encontrar una vivienda alternativa. Al retirar al abusador o perpetrador del hogar, HP deberá seguir los procedimientos de desalojo federales, estatales y locales. Para dividir un contrato de arrendamiento, HP podrá, pero no estará obligado a solicitarle documentación o certificación de los incidentes de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso.

Mudanza a otra unidad

Si lo solicita, HP puede permitir que se mude a otra unidad, sujeto a la disponibilidad de otras unidades, y aun así conservar su asistencia. Para aprobar una solicitud, HP podrá solicitarle documentación de que está solicitando una mudanza debido a un incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Si la solicitud es una solicitud de transferencia de emergencia, el proveedor de vivienda podrá pedirle que presente una solicitud por escrito o complete un formulario donde certifique que cumple los criterios para una transferencia de emergencia bajo VAWA. Los criterios son:

(1) Usted es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Si su proveedor de vivienda aún no tiene documentación de que usted es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, su proveedor de vivienda podrá pedirle dicha documentación, tal y como se describe en la sección de documentación a continuación.

(2) Usted solicita expresamente la transferencia de emergencia. Su proveedor de vivienda podrá optar por exigirle que envíe un formulario o podrá aceptar otra solicitud escrita o verbal.

(3) Usted cree razonablemente que está amenazado de daño inminente de más violencia si permanece en su unidad actual. Esto significa que tiene una razón para temer que si no se traslada sufrirá violencia en un futuro muy cercano.

O

Usted es víctima de agresión sexual y la agresión ocurrió en las instalaciones en los 90 días calendario previos a su solicitud de traslado. Si es víctima de agresión sexual, además de calificar para una transferencia de emergencia porque cree razonablemente que está amenazado con un daño inminente de violencia adicional si permanece en su unidad, podrá calificar para una transferencia de emergencia si el asalto sexual ocurrió en las instalaciones de la propiedad de la que está buscando su transferencia, y ese asalto ocurrió en los 90 días calendario previos a su solicitud expresa de transferencia. HP mantendrá la confidencialidad de las solicitudes de transferencias de emergencia por parte de las víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, y la ubicación de cualquier mudanza por parte de dichas víctimas y sus familias. El plan de transferencia de emergencia de HP proporciona más información sobre las transferencias de emergencia, y HP debe poner a su disposición una copia de su plan de transferencia de emergencia si así lo solicita.

Documentar que usted es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso

HP podrá, pero no estará obligado a pedirle que proporcione documentación para "certificar" que usted es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Dicha solicitud de HP debe ser por escrito y HP debe darle al menos 14 días hábiles (los sábados, domingos y festivos federales no cuentan) a partir del día en que reciba la solicitud para proporcionar la documentación. HP podrá, pero no tiene por qué hacerlo, ampliar el plazo de presentación de la documentación previa solicitud. Usted puede proporcionar uno de los siguientes documentos a HP. Usted podrá elegir cuál de las siguientes enviar si HP le pide que proporcione documentación para justificar que usted es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso.

- Un formulario de certificación completo aprobado por HUD que HP le entregó con este aviso, que documenta un incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. El formulario le pedirá su nombre, la fecha, la hora y la ubicación del incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, y una descripción del incidente. El formulario de certificación establece la inclusión del nombre del abusador o perpetrador si el nombre del abusador o perpetrador es conocido se puede proporcionar.
- Un registro de una agencia de orden público federal, estatal, tribal, territorial o local o agencia administrativa que documente el incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Ejemplos de tales registros incluyen informes policiales, órdenes de protección y órdenes de restricción, entre otros.
- Una declaración, que usted debe firmar, junto con la firma de un empleado, agente o voluntario de un proveedor de servicios para víctimas, un abogado, un profesional médico o un profesional de salud mental (colectivamente, "profesional") de quien solicitó ayuda para abordar la violencia doméstica, la violencia de pareja, la agresión sexual o el acoso, o los efectos del abuso, y con el profesional seleccionado por usted que certifica bajo pena de perjurio que cree que el incidente o los incidentes de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso son motivos de protección.
- Cualquier otra declaración o prueba que HP haya aceptado.

Si no proporciona o se niega a proporcionar uno de estos documentos en un plazo de 14 días hábiles, HP no tendrá que proporcionarle las protecciones contenidas en este aviso. Si HP recibiera pruebas contradictorias de que se ha cometido un incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso (como formularios de certificación de dos o más miembros de un hogar, cada uno de los cuales afirma ser una víctima y nombra a uno o más de los otros miembros del hogar solicitantes como el abusador o el perpetrador), HP tendrá derecho a solicitar que proporcione documentación de terceros en un plazo de treinta 30 días calendario para resolver el conflicto. Si no proporciona o se niega a proporcionar documentación de terceros cuando existan pruebas contradictorias, HP no estará obligado a proporcionarle las protecciones contenidas en este aviso.

Confidencialidad

HP debe mantener la confidencialidad de cualquier información que proporcione relacionada con el ejercicio de sus derechos en virtud de VAWA, incluido el hecho de que esté ejerciendo sus derechos en virtud de VAWA. HP no debe permitir que ninguna persona que proporcione asistencia u otros servicios en nombre de HP (por ejemplo, empleados y contratistas) tenga acceso a información confidencial a menos que sea por razones que requieran específicamente que estas personas tengan acceso a esta información según las leyes federales, estatales o locales aplicables.

HP no debe introducir su información en ninguna base de datos compartida ni divulgar su información a ninguna otra entidad o persona. Sin embargo, HP podrá revelar la información facilitada si:

- Usted autoriza por escrito a HP a divulgar la información de forma limitada en el tiempo.
- HP debe utilizar la información en un procedimiento de desalojo o rescisión, por ejemplo, para desalojar a su abusador o agresor o para rescindir a su abusador o agresor de la asistencia prestada en virtud de este programa.
- Una ley exija que HP o el propietario divulguen la información.

VAWA no limita el deber de HP de cumplir las órdenes judiciales sobre el acceso o el control de la propiedad. Esto incluye las órdenes emitidas para proteger a la víctima y las órdenes de reparto de bienes entre los miembros del hogar en los casos en que una familia se separa.

Razones por las que un Arrendatario Elegible para los Derechos de Ocupación bajo VAWA puede ser desalojado o se pueda rescindir la asistencia

Usted puede ser desalojado y su asistencia puede ser rescindida por violaciones graves o repetidas del contrato de arrendamiento que no estén relacionadas con violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso cometido contra usted. Sin embargo, HP no podrá someter a los arrendatarios que hayan sido víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso a un conjunto de normas más exigente que el que se aplica a los arrendatarios que no hayan sido víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso.

Es posible que no se apliquen las protecciones descritas en este aviso y que usted pueda ser desalojado y que se cancele su asistencia, si HP puede demostrar que no desalojarle o cancelar su asistencia representaría un peligro físico real que:

- 1) Ocurriría dentro de un período de tiempo inmediato, y
- 2) Podría provocar la muerte o lesiones corporales graves a otros arrendatarios o a aquellas personas que trabajan en la propiedad.

Si HP puede demostrar lo anterior, HP solo deberá rescindir su asistencia o desalojarle si no se pueden tomar otras acciones para reducir o eliminar la amenaza.

Otras leyes

La VAWA no reemplaza ninguna ley federal, estatal o local que proporcione una mayor protección para las víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Es posible que tenga derecho a protección de vivienda adicional para víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso bajo otras leyes federales, así como bajo las leyes estatales y locales.

Para más información

Si siente que se le han negado incorrectamente sus derechos bajo VAWA, debe comunicarse con NYS Homes and Community Renewal (HCR) al (518-474-9583). Para obtener ayuda con respecto a una relación abusiva, puede llamar a la Línea Nacional de Violencia Doméstica al 1-800-799-7233 o, para personas con discapacidad auditiva, al 1-800-787-3224 (TTY). Para los arrendatarios que son o han sido víctimas de acoso que buscan ayuda, pueden visitar el Centro Nacional de Recursos para Víctimas de Acoso en: <https://www.victimsofcrime.org/ourprograms/stalking-resource-center>.

HCR también ha creado la Lista de proveedores de servicios locales de VAWA de HCR de organizaciones locales, incluidos los proveedores de vivienda y servicios legales, que apoyan a las personas que son o han sido víctimas de violencia doméstica, disponible en <https://hcr.ny.gov/system/files/documents/2018/11/hcrvawaresourcelist.pdf> Puede ver una copia de la regla final de VAWA de HUD en <https://www.federalregister.gov/documents/2016/12/06/2016-29213/violence-against-womenreauthorization-act-of-2013-implementation-in-hud-housing-programs-correction>. Además, HP debe poner a su disposición una copia de las normativas VAWA de HUD si solicita verlas.

Anexo: Formulario de certificación HUD-5382

CERTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA DE PAREJA, AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO Y DOCUMENTACIÓN ALTERNATIVA

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos

Aprobación OMB No. 2577-0286

Exp. 30/06/2017

Objeto del formulario La Ley de Violencia contra la Mujer ("VAWA") protege a los solicitantes, arrendatarios y participantes del programa en ciertos programas de HUD contra el desalojo, la denegación de asistencia de vivienda o la rescisión de la asistencia de vivienda por actos de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso en su contra. A pesar del nombre de esta ley, la protección en base a la VAWA está disponible para las víctimas de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso independientemente del sexo, la identidad de género o la orientación sexual.

Uso de este formulario opcional Si está buscando protección VAWA de su proveedor de vivienda, su proveedor de vivienda puede darle una solicitud por escrito que le pida que presente documentación sobre el incidente o incidentes de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso.

En respuesta a esta solicitud, usted o alguien en su nombre puede completar este formulario opcional y enviarlo a su proveedor de vivienda, o puede enviar uno de los siguientes tipos de documentación de terceros:

- (1) Un documento firmado por usted y un empleado, agente o voluntario de un proveedor de servicios para víctimas, un abogado o profesional médico, o un profesional de salud mental (colectivamente, "profesional") de quien haya buscado asistencia relacionada con violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, o efectos del abuso. El documento debe especificar, bajo pena de perjurio, que el profesional cree que el incidente de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso ocurrió y cumple la definición de "violencia doméstica", "violencia de pareja", "agresión sexual" o "acoso" en las normativas de HUD en 24 CFR 5.2003.
- (2) Un registro de una agencia de orden público federal, estatal, tribal, territorial o local o agencia administrativa; o
- (3) A discreción del proveedor de vivienda, una declaración u otra evidencia proporcionada por el solicitante o arrendatario.

Presentar documentación El período de tiempo para presentar la documentación es de 14 días hábiles a partir de la fecha en que reciba una solicitud por escrito de su proveedor de vivienda que le solicite que proporcione documentación de la ocurrencia de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. Su proveedor de vivienda puede, pero no está obligado a, extender el período de tiempo para presentar la documentación, si solicita una extensión del período de tiempo. Si la información solicitada no se recibe en el plazo de 14 días hábiles posteriores a la fecha en que recibió la solicitud de la documentación, o cualquier extensión de la fecha proporcionada por su proveedor de vivienda, su proveedor de vivienda no necesita otorgarle ninguna de las protecciones VAWA. La distribución o emisión de este formulario no sirve como una solicitud por escrito de la certificación.

Confidencialidad: Toda la información proporcionada a su proveedor de vivienda sobre el (los) incidente(s) de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso se mantendrá confidencial y dichos detalles no se ingresarán en ninguna base de datos compartida. Los empleados de su proveedor de vivienda no deben tener acceso a esta información a menos que se le otorguen o denieguen protecciones VAWA, y dichos empleados no pueden divulgar esta información a ninguna otra entidad o persona, excepto en la medida en que la divulgación sea: (i) consentida por usted por escrito en una exoneración por tiempo limitado; (ii) requerida para su uso en un procedimiento de desalojo o audiencia con respecto a la rescisión de la asistencia; o (iii) requerida de otra manera por las leyes aplicables.

A COMPLETARSE POR O EN NOMBRE DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA DE PAREJA, AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO

1. Fecha en que la víctima recibe la solicitud por escrito:
2. Nombre de la víctima: _____
3. Su nombre (si difiere del de la víctima): _____
4. Nombre(s) de otro(s) familiar(es) que figura(n) en el contrato de arrendamiento:
5. Residencia de la víctima: _____
6. Nombre del acusado (si se conoce y se puede divulgar de forma segura):
7. Relación entre el acusado y la víctima:
8. Fecha(s) y hora(s) del (de los) incidente(s) (si se conocen): _____
10. Ubicación del (de los) incidente(s): _____

En sus propias palabras, describa brevemente el (los) incidente(s): _____

Esto es para certificar que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que la persona nombrada anteriormente en el Artículo 2 es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia en pareja, agresión sexual o acoso. Reconozco que la presentación de información falsa podría poner en peligro la elegibilidad del programa y podría ser la base para la denegación de admisión, la rescisión de la asistencia o el desalojo.

Firma Firmado el (Fecha)

Carga horaria de trabajo para la recolección de información pública: La carga para esta recolección de información pública se estima en una media de 1 hora por respuesta. Esto incluye el tiempo para recopilar, revisar e introducir los datos. La información proporcionada deberá usarla el proveedor de vivienda para solicitar certificación de que el solicitante o arrendatario es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso. La información está sujeta a los requisitos de confidencialidad de VAWA. Esta agencia no podrá recopilar esta información, y usted no está obligado a completar este formulario, a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto actualmente válido.