

**Esto no es una solicitud es solo una guía para llenar su  
solicitud en inglés. (NO SERA ACEPTADA)**

**Complete la Siguiete Información por cada cabeza de familia que ocupara la unidad al tiempo de moverse.**

Nombre (Ultimo Apellido, Primero Nombre)	Relación de cabeza de casa	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento (mm, dd, yyyy)	Estudiante (Y/N)	Num. de Seguro Social

**Dirección Actual:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Dirección de envió:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Núm. de teléfono:** (    )                      **Teléfono Alternativo:** (    )

**Cómo supo Ud. de nuestra comunidad de apartamentos?**  
 Periódico  Boca a boca  Volantes  Otro \_\_\_\_\_

**Tipo:**  
 Se beneficiaría Ud. a alguien en su hogar de unidad de necesidades especiales?  
 (Discapacidades de Movilidad, Impedimento de Visual, Impedimento de Auditivo)       Yes       No  
 Ud. o alguien en su hogar requerirá un asistente para cuidado que tenga que vivir ahí?     Yes     No  
 Nombre del asistente: \_\_\_\_\_  
 Relación (Si alguna): \_\_\_\_\_

Es la poliza de HACM es de ofrecer adaptaciones razonables a las personas con discapacidades para que tambien puedan participar en sus programas de vivienda. Para solicitar una adaptacion razonable, puede ponerse en contacto con la coordinadora de la Seccion 504, Maria Madera; ponga su peticion por escrito en la Oficina Central ubicada en 123 Rico Street, Salinas, CA 93907 o por telefono (831) 775-5000/ TDD at (831) 754-2951.

**Referencias de Vivienda:**

Enliste los últimos 3 años de referencias de vivienda. (Si se requiere espacio adicional, use la parte posterior de esta página.)

	<u>Nombre/Dirección del propietario</u>	<u>Dirección</u>	<u>Propio/Alquiler</u>	<u>Fechas</u>
1.	_____	_____	Propio <input type="checkbox"/> De: _____	
	_____	_____	Alquiler <input type="checkbox"/> A: _____	
	Teléfono: ( ) _____			
2.	_____	_____	Propio <input type="checkbox"/> De: _____	
	_____	_____	Alquiler <input type="checkbox"/> A: _____	
	Teléfono: ( ) _____			
3.	_____	_____	Propio <input type="checkbox"/> De: _____	
	_____	_____	Alquiler <input type="checkbox"/> A: _____	
	Teléfono: ( ) _____			

**Información del hogar (continuar)**

- Alguien más vivirá en la unidad ya sea a tiempo complete o parcial, como niños temporalmente ausentes, niños en un acuerdo de custodia compartida, niños asistiendo a la escuela en otra área, niños por nacer, niños en proceso de adopción o algún miembro de la familia temporalmente ausente?  Sí  No  
Si contesto Si, explique: \_\_\_\_\_
- Espera Ud. que el número de miembros de su hogar cambiara en el futuro?  Si  No  
Si contestó Si, explique cuantos miembros serán incluidos o reducidos y cuando sucederá ese cambio.  
\_\_\_\_\_
- Alguno de los miembros de la familia usa nombres o números del seguro social que no sean los nombres y números utilizados aquí arriba?  Sí  No  
Si contesto Si, explique \_\_\_\_\_
- Es alguno o todos los miembros de su hogar estudiantes de tiempo completo?  Sí  No  
Si contesto Si, explique: \_\_\_\_\_
- Alguna vez Ud. o algún miembro de su hogar ha sido condenado por algún delito, se ha declarado culpable o ha estado en libertad condicional por algún crimen?  Sí  No  
Si contesto Si, explique qué clase de crimen/delito \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_  
Ha sido alguno de los delitos mencionados antes una felonía?  Si  No Si contesto Si, explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Esta Ud. o algún miembro de su hogar sujeto a un requisito de registro de por vida bajo el programa estatal de registro de delincuentes sexuales?  Si  No Si contesto Si, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hay algún cargo criminal pendiente?  Si  No Si contestó Si, explique: \_\_\_\_\_
- Vive Ud. ahora en una vivienda subsidiada o en el pasado?  Si  No  
Si contesto Si, Donde? \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Ha sido alguna vez desalojado de su vivienda? \_\_\_\_\_ Si contesto Si, explique porque? \_\_\_\_\_

7. Alguna vez Ud. o su cónyuge/co-solicitante han sido desalojados o se han retirado involuntariamente de la vivienda de alquiler debido o fraude, falta de pago del alquiler, falta de cooperación con los procedimientos de recertificación o por cualquier otro motivo?  Sí  No

Si contesto Si, explique: \_\_\_\_\_

8. Alguna vez se ha declarado o se está actualmente en bancarrota?  Sí  No

Si contesto Si, explique por qué razón: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

9. Alguna vez ha vivido en otra propiedad administrada por: \_\_ autoridad de vivienda del condado de monterey?

Si  No

Si contesto Si, done? \_\_\_\_\_

10. Por qué se quiere mover de su actual residencia? \_\_\_\_\_

11. Como supo de nosotros? \_\_\_\_\_

12. Conoce Ud. o es familiar de alguno de nuestros residentes o empleados? \_\_\_\_\_

13. Por favor enliste todos los estados done Ud. ha vivido? \_\_\_\_\_

### **Información de ingresos:**

Los ingresos ganados se cuentan solo para los miembros de las familias de 18 años o más y los miembros que están legalmente emancipados. El ingreso no ganado, como un subsidio o beneficios, se contabiliza para todos los miembros del hogar, incluyendo a los menores de edad.

Incluya todos los ingresos BRUTOS (antes de impuestos) que cada miembro del hogar espera ganar en los siguientes 12 meses. (Marque Si o No en cada pregunta)

Ud. o alguien en su hogar recibe o espera recibir ingresos de:

1. Sueldo, o salario de empleo? Empleado independiente? Pago regular como miembro de las fuerzas armadas?

Sí  No

(Incluya pago por trabajo extra, propinas, bonificaciones, comisiones y pagos recibidos en efectivo.)

Miembro del Hogar                      Nombre de la Compañía                      Cantidad

(O escribe si es empleado independiente)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Beneficios de desempleo o Seguro de Compensación de trabajo?  Si  No

Miembro del Hogar Nombre de la Compañía Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Asistencia Pública, Alivio general, ayuda temporal a familia en necesidad?  Si  No

Miembro del Hogar Nombre de la Compañía Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. (a) Manutención de los niños/manutención conyugal (pensión alimenticia)?  Sí  No

(Debemos contar con el apoyo ordenado por el tribunal, ya sea que se reciba o no, a menos que se hayan tomado medidas legales para remediarlo. También debemos contar con el apoyo que no está ordenado por la corte, sino que recibe directamente del pagador.)

Miembro del Hogar Nombre de la Compañía Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(b) Como es recibida la manutención? (Marque todos que le aplique)

- Agencia de Cumplimiento de Manutención Infantil      Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_
- Corte Legal      Nombre de la Corte: \_\_\_\_\_
- Directamente del individuo      Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_
- Otro      Explique: \_\_\_\_\_

(c) Si el dinero no se recibe realmente, está usted tomando medidas legales para remediarlo?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

5. Beneficios de seguro social, SSI, algún otro pago de la Administración?  Yes  No

Miembro del Hogar Oficina del Seguro Social Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Pagos regulares de pensión, beneficios de jubilación, beneficios de veteranos, ganancias por dinero invertido?

Sí  No

Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Pagos regulares de una indemnización?  Si  No

Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Pagos regulares de cualquier tipo? (Ejemplo, a seguridad)  Sí  No  
Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. Beneficios de discapacidad, muerte o dividendos de seguro de vida?  Sí  No  
Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
10. Regalos monetarios regulares o pagos por cualquier persona fuera del su hogar?  Sí  No  
 (Esto incluye a cualquier persona que complemente sus ingresos o pague cualquiera de sus cuentas/biles.)  
Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Becas educativas, becas u otros beneficios escolares?  Sí  No  
Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
12. Pagos regulares de ganancias de la lotería o herencias?  Sí  No  
Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
13. Pagos regulares de propiedades en renta u o tipo de transacciones de bienes y raíces?  Sí  No  
Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
14. Cualquier otra Fuente de ingresos o tipos mencionados anteriormente?  Sí  No  
Miembro del Hogar Fuente de beneficios Cantidad  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
15. Ud. o algún otro miembro del hogar esperan algún cambio en sus ingresos en los próximos 12 meses?  Sí  No  
 Si contesto Si, explique: \_\_\_\_\_

Verificación de No/Cero ingreso:  
 Ud. o algún otro miembro adulto de su hogar reclamando No/Cero ingreso?  
 Sí  No Si contesto Si, quien? \_\_\_\_\_

**Información de pertenencias de Valor:**

Incluya todas sus pertenencias de valor y la tasa de interés.

INCLUYA TODAS LAS PERTENENCIAS DE VALOR EN PODER DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR INCLUYENDO A LOS MENORES.

Ud. o alguien en su hogar tienen:

1. Cuenta de cheques o de ahorros?  Sí  No

<u>Miembro del Hogar</u>	<u>Banco o institución financiera</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Certificados de Depósitos, cuentas de dinero invertido en el Mercado de valores o letras del tesoro?  Si  No

<u>Miembro del Hogar</u>	<u>Banco o institución financiera</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Acciones, bonos, o valores?  Sí  No

<u>Miembro del Hogar</u>	<u>Fuente (Nombre de Corredores)</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Fondos de fidecomiso?  Si  No

<u>Miembro del Hogar</u>	<u>Banco o institución financiera</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Son cualquier de los anteriormente mencionados irrevocables?  Si  No

5. Pensión, IRA, 401Ks, 403Bs, KEOGH o u otras cuentas de jubilación?  Sí  No

<u>Miembro del Hogar</u>	<u>Ubicación de la Cuenta</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. Dinero en efectivo?  Sí  No

<u>Miembro del Hogar</u>	<u>Fuente de beneficios</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Valor monetario de entrega de una póliza de seguro de vida, de vida universal o de dotación de vida complete que está disponible para el titular de la póliza antes de la muerte?  Sí  No

<u>Miembro del Hogar</u>	<u>Compañía de seguros de vida</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. Bienes raíces, propiedades de alquiler, contratos de tierras para escrituras u otras propiedades inmobiliarias (esto

incluye su residencia personal casa móvil, terrenos baldíos, granjas, casas de vacaciones o propiedad comercial).

Sí  No

Miembro del Hogar

Fuente de beneficios

Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Propiedad personal como una inversión? (Esto incluye pinturas, monedas o colecciones de estampillas, colecciones de obras de arte o exhibiciones de autos y antigüedades. Esto no incluye pertenencias personales como su automóvil, muebles o ropa).  Sí  No

Miembro del Hogar

Fuente de beneficios

Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Tiene una caja de seguridad que contiene contenido con un valor monetario?

Si  No

Miembro del Hogar

Fuente de beneficios

Cantidad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Ud. o cualquier miembro de la familia ha desechado o Regalado alguna pertenencia por un valor de mercado inferior al justo en los últimos 2 años?

Si  No

Miembro del Hogar

Descripción de las pertenencias dispuestos

Cantidad Recibida

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Explicación: \_\_\_\_\_

Ud. o alguien de la lista posee un vehículo?

Identificación del vehículo:

1. # de placas \_\_\_\_\_ Estado Emitido: \_\_\_\_\_ Marca/modelo/año: \_\_\_\_\_  
2. # de placas \_\_\_\_\_ Estado Emitido: \_\_\_\_\_ Marca/modelo/año: \_\_\_\_\_

Todas las preguntas que fueron respondidas afirmativamente en esta solicitud serán verificadas a través de la fuente de terceros correspondiente. Sera su responsabilidad proporcionar a la administración toda la información necesaria para procesar adecuadamente su solicitud y verificar su elegibilidad. Esto incluirá nombres, direcciones, números de teléfono y fax, números de cuentas (cuando corresponda) y cualquier otra información requerida para agilizar este proceso.

**Cláusula de Firma:**

Entiendo que la administración depende de esta información para probar la elegibilidad de mi hogar para viviendas asistida en virtud de un programa del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de EE. UU. Certifico que toda la información y las respuestas a las preguntas son verdaderas y completas según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para divulgar la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Entiendo que proporcionar información falsa o hacer declaraciones falsa puede ser motivo de denegación de mi solicitud. También entiendo que tal acción puede resultar en sanciones penales

Consiento que la gerencia verifique la información contienda en esta solicitud con el fin de probar mi elegibilidad para la ocupación. Proporcionare toda la información necesaria y agilizare este proceso de cualquier manera posible. Entiendo que mi ocupación de residente depende de los criterios de selección de la gerencia y del Programa de Estabilización Vecina de HUD.

Entiendo que en cumplimiento de la Ley de Informes Justos de Crédito, el procesamiento de esta solicitud incluye, entre otros, realizar las consultas que se consideren necesarias para verificar la exactitud de la información que proporcione incluye los informes de consume de las agencias de informes de crédito del consumidor y la obtención de información crediticia de otras instituciones de crédito.

Por la presente otorgo a la Autoridad de Vivienda del Condado de Monterey el derecho de procesar esta solicitud con el propósito de obtener un Contrato de Alquiler/Arrendamiento con esta propiedad. Además, autorizo a todas las corporaciones, compañías, agencias de ejecución de la ley, instituciones académicas y empleadores actuales y anteriores a divulgar la información que puedan tener sobre mí y libéralos de cualquier responsabilidad por hacerlo. Una copia fotográfica o por fax de esta autorización será válida como original.

**Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar a continuación:**

Firma	Fecha
Firma	Fecha
Firma	Fecha
Firma	Fecha

Solo para uso de oficina	
Check here if Pre-Application is on file. <input type="checkbox"/>	<b>Application Date:</b> _____ <b>Time:</b> _____ <b>Desired Move-In Date:</b> _____ <b>Application Received By:</b> _____ <b>As Agent for Owner</b>