

PRE-APLICACIÓN PARA PARKSIDE MANOR

Instrucciones: Lea cuidadosamente. Solicitudes incompletas no serán procesadas.

1) Para calificar y ser admitido a Parkside Manor el solicitante debe:

- a) Ser una familia, tal como se define en la Póliza de admisión y ocupación continúa del PHA de Parkside Manor
- b) Ser una familia dirigida por una persona de edad avanzada de al menos 55 años de edad o mayor o un poseedor de un vale de sección 8.
- c) Llenar los requisitos de ciudadanía o inmigración exigidos por HUD;
- d) Tener ingresos anuales en el momento de admisión y que no excedan los límites de ingresos que son establecidos por HUD y desplegados en todas las oficinas PHA;
- e) Proveer tarjetas y números de Seguro Social (NSS) para todos los miembros de la familia, proporcionar NSS dentro de los 90 días para aquellos menores de 6 años;
- f) Pagar cualquier dinero que se le deba al PHA o cualquiera otra autoridad de vivienda;
- g) No haber tenido un contrato de arrendamiento terminado por el PHA en los últimos 5 años;
- h) Ser capaces y estar dispuestos a cumplir con el contrato de arrendamiento que tienen con la autoridad de vivienda; y
- i) No tener ningún miembro de su hogar envuelto en actividades criminales que amenazan la vida, la seguridad, la salud o el derecho de otros residentes de disfrutar pacíficamente de su residencia, y no tener ningún miembro de su hogar envuelto en actividades delictivas relacionadas con drogas;
- j) El PHA conducirá una revisión de los antecedentes penales de todos los solicitantes mayores de 18 años de edad.

2) La pre-aplicación debe ser completada y enviada por correo o entregada en persona a: **Parkside Manor @ 1112 Parkside Street, Salinas, CA 93906.**

3) Las solicitudes que estén completas serán anotadas en la lista de espera en el orden que fueron recibidas. La lista de espera será entonces procesada de acuerdo al tipo de unidad, tamaño y preferencias para admisión.

- **Poseedor de un Vale de Sección 8**-familias a quienes se les haya expedido un vale o un participante activo bajo el programa de Vale de Elección de Vivienda de la Sección 8.
- **Residencia**-Solicitantes que viven, trabajan o han sido contratados para trabajar bajo la jurisdicción de la Autoridad de Viviendas
- **Veteranos o conyugues de los veteranos**-Proporcionar una copia del documento DD214 acreditando que la persona fue dada de baja honorablemente

*** Los solicitantes calificados que no sean poseedores de un vale de sección 8 pagarán un alquiler basado en los niveles de ingresos (véase la tabla a continuación).**

Niveles de Ingresos	1 Br.	2 Br.	4 Br.	5 Br.
50% de Ingreso Mediano	\$731	\$835	\$1044	\$1127
60% de Ingreso Mediano	\$877	\$1002	\$1252	\$1353
80% de Median Income	\$1170	\$1335	\$1670	\$1804

Usted será notificado por escrito cuando su aplicación haya sido aceptada en un plazo de 60 días.



Continuar en la página siguiente



- 4) Cada solicitante que cumpla con los requisitos mencionados anteriormente será invitado a una entrevista de elegibilidad. Es importante que usted proporcione todos los documentos necesarios al momento de su entrevista. En la entrevista, el trabajador va a discutir sus necesidades de vivienda y opciones, revisara la aplicación y recopilara la información necesaria para finalmente determinar su elegibilidad, su residencia idónea y el ingreso total de la familia. Usted debe proporcionar información detallada sobre todos los miembros de su hogar, verificar su estado legal en el país, reportar sus ingresos actuales e información de los gastos y proporcionar información acerca de dónde han vivido todos los miembros del hogar que sean adultos durante los últimos tres años. Si usted no asiste a la orientación de la vivienda pública, se le removerá de todas las listas de espera bajo el programa de viviendas de bajos ingresos. **No se le no ofrecerá una vivienda hasta que haya completado una entrevista y la autoridad de vivienda determine que usted llena los requisitos para ser elegible.**
- 5) Apartamentos con alquileres accesibles son ofrecidos a las familias elegibles. Estas unidades son propiedad de la autoridad de vivienda. Existen en total 88 unidades en este programa. Los ingresos y el alquiler son revisados anualmente.


Límites de ingresos

NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Very Low Income (50% Median Income as of 03/28/2016)	29250	33400	37600	41750	45100	48450	51800	55150	58450	61800	65150	68500
60% Median Income-Tax Credit as of 06/06/2016	35100	40080	45120	50100	54120	58140	62160	66180				
Low Income (80% Median Income) as of 03/28/2016	46800	53450	60150	66800	72150	77500	82850	88200	93550	98900	104250	109600

La póliza de HACM es de ofrecer adaptaciones razonables a las personas con discapacidades para que también puedan participar en sus programas de vivienda. Para solicitar una adaptación razonable, puede ponerse en contacto con la coordinadora de la Sección 504, Soccora Vasquez; ponga su petición por escrito en la Oficina Central ubicada en 123 Rico Street, Salinas, CA 93907 o por teléfono al (831) 775-5000 o por TDD en (831) 754-2951.

Si cree haber sido discriminado, puede llamar a la agencia de Vivienda Justa o la agencia Nacional de Igualdad de Viviendas y presentar una queja, el número gratuito es 1-800-347-3739.

SENIOR CITIZENS AND FAMILIES - SALINAS



Parkside Manor
 1112 Parkside St.
 Salinas, CA 93906
 88 units (4 5-bedrm.,
 4 4-bedrm., 8 2-bedrm.,
 72 1-bedroom)

Envíe o entregue a:

1112 Parkside Street, Salinas, CA 93906
(831) 449-7268 TDD (831) 754-2951
Fax (831) 442-2593



SERA COMPLETADO POR EL GERENTE
Núm. de aplicación _____

**Pre-aplicación para el
PARKSIDE MANOR**

Por favor escriba legible y claramente.

Apellido _____ Primer Nombre _____

Dirección de correo _____ Apto # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección presente: _____

¿Cuanto tiempo ha vivido en la dirección de arriba? _____ Renta Mensual \$ _____ Estime el costo de sus utilidades _____

De teléfono () _____ # de teléfono de noche () _____ # de mensaje () _____

11. COMENZANDO CON UD.-Enliste todas las personas que vivirán en su casa. Toda la información se debe dar para cada persona. enliste todo el dinero ganado o recibido por **TODOS** los miembros que vivirán en su casa incluyendo UD. Esto incluye el dinero de salarios, de pensiones, del Seguro Social, de SSI, TANF/Cal-Works, beneficios de jubilación, de contribuciones, del empleo, del desempleo, etc.)

Ultimo Apellido	Primero Nombre	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Relación al jefe de Casa	Num. de Seguro Social	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos
1.				Cabecilla			
2.							
3.							
4.							

(Use la parte de atrás de este formulario si necesita espacio adicional.)

Es UD un veterano o militar? Si No Familiar de un veterano o militar? Si No

Relación al veterano _____ (Proveer una copia de los documentos militares o las formas DD214.)

Para Propósito de Acomodaciones-UD reclama lo siguiente:

Discapacidades de Movilidad Impedimento Auditivo Impedimento Visual

Usted o algún miembro de su hogar se considera como una persona con una discapacidad?

Si No Si respondió que "si" cuál es el nombre de la persona? _____

Usted o algún miembro de su hogar necesita acomodaciones especiales en una unidad de alquiler (por ejemplo, el acceso de sillas de ruedas)? Si No Si respondió que "si" que necesidades tiene? _____

Raza/Étnica: Esta información es confidencial y será usada únicamente por el gobierno con el propósito de conformarse a las leyes de Oportunidad e Igualdad. Su cooperación voluntaria en el abastecimiento de la información se apreciara y no afectará su lugar en la lista de espera

Blanco Negro/Africano Americano Negro/Africano Americano y Blanco Asiático Asiático y Blanco
 Indio Americano/Alaska Nativo Indio Americano/Alaska Nativo y Negro/Africano Americano
 Indio Americano/Alaska Nativo y Blanco Hawaiano Nativo/Islas del Pacifico Otro: _____

Etnicidad/Hispano/Latino

Si No Si, Mexicano/Chicano Si, Cubano Si, Puertorriqueño
 Si, Otro Hispano/Latino: _____

- Usted o cualquier otra persona nombrada en esta aplicación ha sido desalojado de una unidad de vivienda? Si No
- Alguna vez ha vivido en asistencia de viviendas o Sección 8 en cualquier ciudad? Si No Donde? _____
- Alguna vez ha cometido violaciones de uso/posesión de drogas o actividades violentas? Si No
- Le debe dinero a La Autoridad de Viviendas? Si No Donde? _____
- UD. o un miembro de su familia ha sido sometido a registrarse de por vida como un ofensor sexual? Si No Donde? _____
Quién? _____
- Tiene usted un vale de la Sección 8 de vivienda? Si No



Continuar en la página siguiente



Referencias del propietario. Por favor, complete la siguiente información para todos los lugares que ha vivido en los últimos tres (3) años.

Información de su Dirección Actual

Dirección actual, ciudad, estado, código postal: _____
 Viví aquí de: _____ a _____
 # de recamaras: _____ Renta \$ _____
 Motivo de mudarse: _____
 Nombre y número de teléfono del actual propietario: _____

Información de Propietarios Anteriores

Dirección actual, ciudad, estado, código postal: _____
 Viví aquí de: _____ a _____
 # de recamaras: _____ Renta \$ _____
 Motivo de mudarse: _____
 Nombre y número de teléfono del actual propietario: _____

Dirección actual, ciudad, estado, código postal: _____
 Viví aquí de: _____ a _____
 # de recamaras: _____ Renta \$ _____
 Motivo de mudarse: _____
 Nombre y número de teléfono del actual propietario: _____

PHA se pondrá en contacto con todos los propietarios donde usted haya vivido en los últimos tres años de la fecha de su aplicación.

ADVERTENCIA: El título 18. U.S.C. 1001, manifiesta que quien a sabiendas y deliberadamente produce o utiliza cualquier documento que contenga cualquier información falsa, ficticia o una declaración de entrada fraudulenta, en cualquier asunto en la jurisdicción de cualquier Departamento de los Estados Unidos, será multado, no más de 10.000 dólares o encarcelado por no más de cinco años, o ambas.

AVISO: Es requerido que UD. notifique la Autoridad de Viviendas por escrito de cambios de domicilio. Si en caso que no podamos comunicarnos al domicilio reciente en su archivo, su nombre será retirado de las lista de espera.

Yo certifico que la información esta exacta y completa y entiendo que cualquier falsedad descalificara al solicitante. Yo autorizo al dueño a obtener verificación de crédito, empleo y contactar cualquier propietario previo. Firmando esta forma, certifico que la información es verdadera y correcta. Aplicaciones sin firmas no seran procesadas.

Firma del Jefe de la familia

Fecha

Firma del Otro Adulto

Fecha

Utilice este espacio para agregar a los miembros adicionales de la familia que vivirán en su casa.

Apellido	Primer Nombre	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Relación al jefe de Casa	Num. de Seguro Social	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos
5.				<i>Cabecilla</i>			
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							