



For Office Use Only
Date Received:
Time:

Property Name

APPLICATION FOR ADMISSION OR RECERTIFICATION
APLICACION PARA ADMISION/RECERTIFICACION

NON-DISCRIMINATION STATEMENT: In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, gender identity (including gender expression), sexual orientation, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the responsible Agency or USDA’s TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call

(866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) Mail: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410;

- (2) Fax: (202) 690-7442; or

- (3) Email: program.intake@usda.gov.

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

DECLARACION DE NO DISCRIMINACION: De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de E.U. (USDA), se prohíbe que éste al igual que sus agencias, oficinas y empleados, además de instituciones que participan en o administran los programas de USDA discriminen a las personas por su raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género (incluyendo la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil,



estado familiar o de paternidad, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o como represalia o retaliación por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad dirigida o financiada por USDA (no todas las bases aplican en todos los programas). Las soluciones y las fechas límites para presentar reclamos varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, materiales escritos en letra grande, grabaciones de audio, Lenguaje Americano de Señas, etc.) deberá comunicarse con la agencia responsable o al Centro TARGET de USDA marcando (202) 720-2600 (para llamadas de voz y TTY) o comunicarse con USDA mediante el Servicio Federal de Relevos en el (800) 877-8339. Además, es posible que se pueda obtener la información acerca del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un queja de discriminación relacionada con el programa, llene el USDA Programa Discriminación queja Forma, AD-3027 que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina de USDA o puede escribir una carta dirigida a USDA e incluir en la carta toda la información que se pide en el formulario. Para solicitar una copia de tal formulario, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario relleno o carta a USDA por:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Email: program.intake@usda.gov.

USDA es un proveedor, empleador y prestamista que no discrimina.

IMPORTANT: I understand that all information given on this application is subject to verification, including a credit report and criminal background check. Any information determined to be false or untrue may result in the permanent cancellation of the application. Any security deposit given will be held until application is processed, but does not indicate that the application is approved and may be returned at any time prior to occupancy. *IMPORTANTE: Entiende que toda la información en esta aplicación será verificada, incluyendo un reporte de crédito y reporte criminal. Cualquier información determinada ser falsa o no verdadera resultara en cancelación permanente de su aplicación. Cualquier deposito de seguridad aceptado será retenido hasta que su aplicación sea procesada, pero no indicará que su aplicación haya sido aprobada puede ser regresado antes de ocuparse.*

TO THE APPLICANT: Please fill out this form completely. No application will be accepted unless each question has been answered completely and applicant has provided acceptable I.D. for all household members. All references will be checked and if any information is found to be false or incomplete, the applicant may be rejected. Use additional pages if more space is needed. *PARA EL SOLICITANTE: Favor de llenar esta forma completamente. No será aceptada ninguna aplicación hasta que cada pregunta sea contestada completamente y el solicitante muestre identificación aceptable para todos los miembros de la familia. Todas las referencias serán confirmadas y si se encuentran cualquier información falsa o incompleta, el solicitante puede que sea rechazado. Use páginas adicionales si necesita más espacio.*

RENTAL APPLICATION/SOLICITUD DE ALQUILER

Complete all information below. All applicants over 18 must sign the application. **Any information determined to be false or untrue will result in the permanent cancellation of the application or the termination of tenancy.** Complete toda la información a continuación. Todos los solicitantes mayores de 18 años deben firmar la solicitud. **Cualquier información que se determine sea falsa dará lugar a la cancelación definitiva de la aplicación o en la pérdida de vivienda.**

Name/**Nombre:** _____

Address/**Domicilio:** _____ City/**Ciudad:** _____ State/**Estado:** _____

Zip Code/**Código Postal:** _____ Phone #/**Número De Teléfono:** _____

Cell/**Celular:** _____ Email/**Correo Electrónico:** _____

Employed By/**Empleado Por:** _____ How long/**Cuanto Tiempo:** _____

Address/**Domicilio:** _____ State/**Estado:** _____ Zip/**Código Postal:** _____

Position Held/**Posición Sostenida:** _____ Work #/**Teléfono de Trabajo:** _____

HOUSEHOLD OCCUPANTS: List below all persons who will be living in the unit, including yourself.

MIEMBROS DEL HOGAR: Indique abajo todas las personas que vivirán en la unidad, incluyéndose a sí mismo.

	LAST NAME(APELLIDO), FIRST NAME(PRIMER NOMBRE)	SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	GENDER GENERO M/F	DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO)	STUDENT STATUS SITUACIÓN ESTUDIANTIL		
					Full-Time Y/N Tiempo Completo Si/No	Part-Time Y/N Medio tiempo Si/No	Not Applicable No Aplica
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

1. What size apartment are you applying for? / ¿Qué tamaño de apartamento está solicitando?

Studio/Estudio 1 Bedroom/Recamara 2 Bedroom/Recamara 3 Bedroom/Recamara 4 Bedroom/Recamara

Yes / Si No 2. Do you have pets? / ¿Tiene mascotas? Describe/Describe: _____

Yes / Si No 3. Do you expect any additions to the household within the next 12 months? / ¿Espera alguna adición al hogar dentro de los próximos 12 meses?

(Examples: a future spouse, a minor entering the home through adoption, etc)(Ejemplos: un futuro cónyuge, un menor de edad a través de la adopción, etc.)

a. Name and relationship/Nombre y relación: _____

Yes / Si No 4. Are there any absent household members who under normal conditions would live with you? / ¿Hay algún miembro del hogar ausente que en condiciones normales sería parte del hogar?

(Examples: Dependent student away at school, military household assigned out of town, etc)(Ejemplos: Estudiante dependiente en el colegio, o militar asignado fuera de la ciudad, etc.)

a. Name and relationship/Nombre y relación: _____

Yes / Si No 5. Does any ADULT member of your household intent to become a full-time student within the next 12 months? / ¿Hay algún miembro ADULTO de su hogar con la intención de convertirse en estudiante de tiempo completo en los próximos 12 meses? If yes, who?/Si es si, ¿quién?: _____

- Yes / Si No 6. Will anyone under the age of 18 listed above live in the unit less than 50% of the time in the next 12 months? / ¿Habrá alguien bajo la edad de 18 nombrado anteriormente que vivirá en la unidad menos de 50% del tiempo de los próximos 12 meses? If yes, please explain / Si es si, por favor explique: _____
- Yes / Si No 7. Are all household members U.S Citizens? / ¿Son ciudadanos todos los miembros del hogar?
- Yes / Si No 8. Are all non-citizen household members legal resident aliens? / ¿Los miembros de familia que no son ciudadanos son residentes legales? If No, please explain/Si es no, por favor explique: _____
- Yes / Si No 9. Has any household member ever been evicted from any housing? / ¿Hay algún miembro de su familia que haya sido desalojado de su vivienda? If yes, please explain / Si es si, por favor explique: _____
- Yes / Si No 10. Are you being displaced by government action? / ¿Está siendo desplazado por la acción del gobierno?
- Yes / Si No 11. Are you now living in a Government or other type of subsidized unit? / ¿Está viviendo actualmente en una unidad de gobierno o subsidiada?
- Yes / Si No 12. Does any household member have any history of criminal activity, including but not limited to crimes or violence against persons or property, unlawful drug activity of any kind, or acts adversely affecting the health, safety or welfare of others? If yes, please explain: / ¿Hay algún miembro de su hogar con historia de actividad criminal, pero no limitado a crímenes de violencia contra personas o propiedades, actividad de drogas ilegales, u otros adversarios que afecten la salud, seguridad, o bienestar de otros? Si es así, favor de explicar: _____

Farm Labor Status: Estado del trabajo agrícola:

- Yes / Si No 13. Are you currently an active farm laborer, or currently eligible to receive unemployment from work in farm labor? / ¿Es usted actualmente un trabajador agrícola activo o actualmente es elegible para recibir desempleo por trabajo en labores agrícolas?
- Yes / Si No 14. Are you a retired / disabled person who was an active farmworker at the time of retirement / disability? / ¿Es usted una persona jubilada / discapacitada que era un trabajador agrícola activo en el momento de la jubilación / discapacidad?

Veteran's (VA) Status: Estado de veterano (VA):

- Yes / Si No 15. Are you currently an active Veteran, or currently eligible to receive Veterans benefits? / ¿Es usted actualmente un veterano activo o actualmente es elegible para recibir los beneficios para veteranos?
- Yes / Si No 16. Are you a retired Veteran or/ disabled person who was an active Veteran at the time of retirement / disability? / ¿Es usted un veterano retirado o una persona discapacitada que era un veterano activo en el momento de la jubilación / discapacidad?

Landlord Information For the Last 5 Years/Información de Arrendador Por Los Últimos 5 Años

Current Landlord/Arrendador Actual:

Landlord's Information / Información del Arrendador
 Name/Nombre: _____ Your Address/Su Dirección
 Address /Dirección: _____ Address/Dirección: _____
 Phone:/Telefono: _____ Dates/Fechas: _____ To/A: _____
 Reason for moving/Razón por mudarse: _____ Rent/Renta: \$ _____

Previous Landlord/Arrendador Anterior:

Landlord's Information / Información del Arrendador
 Name/Nombre: _____ Your Address/Su Dirección
 Address /Dirección: _____ Address/Dirección: _____
 Phone:/Telefono: _____ Dates/Fechas: _____ To/A: _____
 Reason for moving/Razón por mudarse: _____ Rent/Renta: \$ _____

VEHICLE INFORMATION: List any cars, trucks or other vehicles owned

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO: Haga una lista de los coches, camiones u otros vehículos de su propiedad

Type of Vehicle _____ Year/Make _____ Color _____ License Plate # _____
 Type of Vehicle _____ Year/Make _____ Color _____ License Plate # _____
 Type of Vehicle _____ Year/Make _____ Color _____ License Plate # _____

Auto Insurance Information – Información Del Seguro de Auto

Insurance Provider / Proveedor de la aseguranza: _____
 Insured/Asegurado: _____

Policy Number/ Numero de Poliza: _____
 Driver License Number/ Numero de la Licencia para Manejar: _____ State/ Estado: _____

INCOME/INGRESOS

Does any member of this household anticipate on being awarded income from any of the following sources during the next 12 months? Mark every question yes or no. Complete all of the blanks for any questions answered with yes. ¿Algún miembro de este hogar anticipa ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes durante los próximos 12 meses? Marque cada pregunta si o no. Llene todos los espacios para cualquier pregunta que contesté con un sí. Note: You must list address of income sources. They will be used for verification. / Nota: Debe dar lista de los domicilios de las fuentes de ingreso. Estos datos se utilizarán para la verificación.

INCOME / INGRESOS	YES/NO SI/NO	MONTHLY AMOUNT/ CANTIDAD MENSUAL	APPLICANT RECEIVING BENEFITS/SOLICITANTE RECIBIENDO LOS BENEFICIOS	SOURCE OF INCOME NAME/ADDRESS/PHONE FUENTE DE INGRESOS NOMBRE/DIRECCIÓN/NO.TEL
A. Employment Income Wages/Salary #1/ Ingresos de empleo/ salario # 1				
B. Employment Income Wages/Salary #2/ Ingresos de empleo/ salario # 2				
C. Employment Income Wages/Salary #3/ Ingresos de empleo/ salario # 3				
D. Business/Self Employment / Negocios / Empleo por cuenta propia				
E. Social Security/ Seguro Social				
F. Supplemental Social Security / Seguro Social Suplemental				
G. Pension/Retirement / Pensión / Retiro				
H. Disability/Death Benefits / Discapacidad / Beneficios por Muerte				
I. Unemployment / Desempleo				
J. Disability Compensation / Compensación de Discapacidad				
K. Worker’s Compensation / Compensación del Trabajador				
L. Public Assistance/ Asistencia Publica				
M. Alimony/ Manutención				
N. Child Support / Manutención de Menores				
O. Recurring Monetary and Non-Monetary Gifts/ Regalos Monetarios				
P. Armed Forces Special Pay/ Pago especial de Fuerzas Armadas				
Q. Rental Income/ Ingresos de Alquiler				
R. Veteran’s Benefits / Beneficios de Veteranos				
S. Scholarship/Grants / Becas Escolares				
T. Other Benefits/ Otros Beneficios				

1. Are any of the following paid by a non-household member? ¿Alguna de los siguientes es pagado por una persona que no es miembro de la familia?

- Yes / Si No a. Rent / Renta
- Yes / Si No b. Utilities / Utilidades
- Yes / Si No c. Groceries / Alimentos
- Yes / Si No d. Clothing / Ropa



2. For all answered yes, please provide name of provider(s) / Para todos los respondidos que sí, por favor proporcione el nombre del proveedor(es): _____

INVENTORY OF ASSETS / INVENTARIO DE BIENES

List all of the assets owned by members of this household, including minors. Complete all of the blanks for any questions answered with yes, or the application will be rejected. *Incluya todos los bienes de propiedad de los miembros de este hogar, incluidos los menores. Complete todos los espacios en blanco para las preguntas contestadas con un sí, o la solicitud será rechazada.*

ASSETS/BIENES	YES/NO SI/NO	NAME ON ACCOUNT NOMBRE EN LA CUENTA	NAME OF BANK NOMBRE DEL BANCO	BALANCE/ BALANCE	ACCOUNT #/NO. DE CUENTA
A. Cash on Hand / Dinero en Efectivo					
B. Checking Account / Cuenta de Cheques					
C. Savings Account / Cuenta de Ahorros					
D. Money Market Acct / Cuenta a Plazo					
E. Certificate of Deposit / Certificado De Deposito					
F. Real Estate / Propiedades o Casas					
G. Retirement Account/ Cuenta de Retiro					
H. IRA/401K/Keogh Acct					
I. Whole Life Insurance Policy / Seguro de Vida					
J. Debit Card / Tarjeta de Debito					
K. Savings Bonds/Treasury Bills/ Bonos de Ahorro					
L. Stocks/ Acciones o Bolsa de Valores					
M. Other Accounts / Otras Cuentas					

- Yes/Si No 1. Have you or any of the applicants disposed of any asset(s) for less than fair market value during the last (2) years? *Durante los últimos (2) años, ha dispuesto usted o alguien en esta familia algún bien por menos de su valor?* If yes, please explain/*Si es sí, por favor explique:* _____ Name/Nombre: _____ Amount/Cantidad: \$ _____
- Yes/Si No 2. Do you have Lump Sum Receipts accruing to them, such as inheritances, capital gains, one-time lottery winnings, and settlements on insurance and/or other claims? If yes, describe type of receipt, state the anticipated amount(s), and to whom payable. / *¿Tiene recibos de una suma de dinero que acumulan ingreso entre ellos, tales como herencias, ganancias de capital, ganancias de lotería por una sola vez, y establecimientos de seguros y/o otros reclamos? Si contesta sí, describa la clase de recibo, diga la cantidad(es) anticipada(s) y a quien se le pagara.*
- Yes/Si No 3. Does any household member have a Trust Account? / *¿Algún miembro del hogar tiene una cuenta de fideicomiso?*
Institution Name:/Nombre del Banco: _____
Name on Account / El nombre en la cuenta: _____
- Yes/Si No 4. Does any household member have safe deposit box? / *¿Algún miembro del hogar tiene caja de seguridad?*
If yes, explain:/*Si es sí, explique:* _____
- Yes/Si No 5. Does any household member have personal property that they hold for investment purposes that they plan to sell at a later date for profit? / *¿Algún miembro del hogar tiene una propiedad personal que poseen con fines de inversión que planean vender en una fecha posterior con fines de lucro?*

APPLICATION AMENDMENT (ENMIENDA A LA APLICACION)

The information regarding race, ethnicity, and sex designation solicited on this application is requested in order to assure the Federal Government, acting through the Rural Housing Service that the Federal laws prohibiting discrimination against tenant application on the basis of race, color, national origin, religion, sex, familial status, age, and disability are complied with. You are not required to furnish this information, but are encouraged to do so. This information will not be used in evaluating your application or to discriminate against you in any way. However, if you choose not to furnish it, the owner is required to note the race, ethnicity and sex of individual applicants on the basis of visual observation or surname. *(La información con respecto a la raza, la pertenencia étnica, y a la designación del sexo solicitada en este uso se solicita para asegurar al Gobierno Federal, actuando con el servicio rural de la cubierta con el cual las leyes federales que prohíben la discriminación contra el uso del arrendatario en base de la raza, del color, del origen nacional, de la religión, del sexo, del estado familiar, de la edad, y de la incapacidad. No se requiere proveer esta información, pero se le anima a que la provee. Esta información no será utilizada en la evaluación de su uso o discriminar contra usted de ninguna manera. Sin embargo, si usted elige no proveer la información, requieren al dueño observar la raza, la pertenencia étnica y el sexo del solicitante individuales en base a observación visual o apellido.)*

Race and Ethnic Data/ Datos de Raza y Etnicidad

ETHNIC CATEGORIES*	Select One Seleccione Uno
Hispanic or Latino/ Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>
Not-Hispanic or Latino/ No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>
RACIAL CATEGORIES*	One or More Uno o Mas
American Indian or Alaska Native/ Americano Nativo o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
Asian/ Asiático	<input type="checkbox"/>
Black or African American/ Negro o Africano Americano	<input type="checkbox"/>
Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ Nativo Hawaiano o de otras islas del pacifico	<input type="checkbox"/>
White/ Blanco	<input type="checkbox"/>
Other/ Otro	<input type="checkbox"/>

Taken together these six categories equal 100% of the population. *(Tomándose en conjunto estas seis categorías equivalen el 100% de la población.)*

EMERGENCY NOTIFICATION (OPTIONAL) /NOTIFICACION DE EMERGENCIA (OPCIONAL)

Person to notify in case of an emergency / *Persona a notificar en caso de emergencia*

Name *(Nombre)* _____ Phone *(Teléfono)* _____

Relationship *(Relación)* _____

Address *(Domicilio)* _____

EMERGENCY NOTIFICATION (OPTIONAL) /NOTIFICACION DE EMERGENCIA (OPCIONAL)

Person to notify in case of an emergency / *Persona a notificar en caso de emergencia*

Name *(Nombre)* _____ Phone *(Teléfono)* _____

Relationship *(Relación)* _____

Address *(Domicilio)* _____



TENANT RELEASE AND CONSENT

I/We _____, the undersigned, hereby authorize all persons or companies in the categories listed below without liability, information regarding employment, income, and/or asset to _____, for purposes of verifying information provided as part of my/our apartment rental application.

INFORMATION COVERED

I/We understand that previous or current information regarding me/us may be needed. Verifications and inquires that may be requested include, but are not limited to; personal identity, student status, employment, income, assets, medical or child care allowances. I/We understand that this authorization cannot be used to obtain information about me/us that is not pertinent to my eligibility for and continued participation as a Qualified Tenant.

GROUPS OR INDIVIDUALS THAT MAY BE ASKED

The groups or individuals that may be asked to release the above information include, but are not limited to:

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| Past and Present Employers | Welfare Agencies | Veteran Administrations |
| Support and Alimony Providers | State Unemployment | Retirement Systems |
| Educational Institutions | Social Security Administration | Medical and Child Care Providers |
| Banks and other Financial Institutions | Previous Landlords (including Public Housing Agencies) | |
| | Credit and/or Criminal Agencies | |

CONDITIONS

I/We agree that a photocopy of this authorization may be used for the purposes state above. The original of this authorization is on file and will stay in effect for a year and one month from the date signed. I/We understand I/We have a right to review this file and correct any information that is correct.

SIGNATURES

_____	_____	_____
Applicant/Resident	(Print Name)	Date
_____	_____	_____
Co/Applicant/Resident	(Print Name)	Date
_____	_____	_____
Adult Member	(Print Name)	Date
_____	_____	_____
Adult Member	(Print Name)	Date

NOTE: THIS GENERAL CONSENT MAY NOT BE USED TO REQUEST A COPY OF A TAX RETURN. IF A COPY OF A TAX RETURN IS NEEDED, IRS FORM 4506, "REQUEST FOR A COPY OF A TAX FORM," MUST BE PREPARED AND SIGNED SEPARATELY.

Note: Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful false statement or misrepresentations to any Department or Agency of the United States as to any matter within its jurisdiction.



LIBERACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL INQUILINO

Yo / Nosotros _____, el abajo firmante, autorizo a todas las personas o empresas en las categorías enumeradas a continuación sin responsabilidad, información sobre empleo, ingresos y / o activos para, a los fines de verificar la información proporcionada como parte de mi / nuestra solicitud de alquiler de apartamentos.

INFORMACIÓN CUBIERTA

Yo / nosotros entendemos que puede ser necesaria información previa o actual sobre mí / nosotros. Las verificaciones y consultas que pueden solicitarse incluyen, entre otras; identidad personal, estatus de estudiante, empleo, ingresos, activos, subsidios médicos o de cuidado infantil. Yo / nosotros entendemos que esta autorización no se puede utilizar para obtener información sobre mí / nosotros que no sea pertinente para mi elegibilidad y participación continua como inquilino calificado.

GRUPOS O INDIVIDUOS QUE SE PUEDEN HACER

Los grupos o individuos a los que se les puede solicitar que divulguen la información anterior incluyen, entre otros:

**Empleadores pasados y presentes Agencias de bienestar Desempleo estatal Sistemas de retiro
Administración para veteranos Proveedores de apoyo y pensión alimenticia Bancos y otras finanzas
Instituciones educacionales Administración de la Seguridad Social Proveedores médicos y de cuidado infantil
Propietarios anteriores (incluidas las agencias de vivienda pública) Agencias de crédito y / o criminales Instituciones**

Condiciones

Acepto / aceptamos que se pueda usar una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización estará archivado y permanecerá vigente durante un año y un mes a partir de la fecha de la firma. Yo / nosotros entendemos que / tenemos el derecho de revisar este archivo y corregir cualquier información que sea correcta.

SIGNATURES

_____ Solicitante / Residente	_____ (Imprima su nombre)	_____ Fecha
_____ Co / Solicitante / Residente	_____ (Imprima su nombre)	_____ Fecha
_____ Miembro Adulto	_____ (Imprima su nombre)	_____ Fecha
_____ Miembro Adulto	_____ (Imprima su nombre)	_____ Fecha

NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE SER USADO PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UN DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS. SI SE NECESITA UNA COPIA DE UN DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS, EL FORMULARIO IRS 4506, "SOLICITUD DE UNA COPIA DE UN FORMULARIO DE IMPUESTOS", DEBE ESTAR PREPARADO Y FIRMADO POR SEPARADO.

Nota: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. Establece que es un delito hacer declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones a cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su jurisdicción.



Options for Persons with Disabilities
Notice to All Applicants/Residents
Attachment to Application
Reasonable Accommodation

This housing community does not discriminate against applicants or residents on the basis of a disability. In addition, we have a policy to provide "reasonable accommodations" to residents where possible if any family member has a disability. This may include priority for an accessible apartment or modifications to the apartment or premises.

A reasonable accommodation is some modification or adjustment to income that we can make that will afford an otherwise eligible applicant or resident with a disability equal opportunity to use and enjoy the apartment, including public and common use areas. Examples of reasonable accommodations could include:

- Assigning a disabled applicant an "accessible" unit.
- Making some alterations to an apartment so it could be used by a household member with a disability.
- Installing strobe-type flashing light smoke detectors in an apartment for a household with a hearing-impaired member.
- Permitting a household to have a service animal to assist a vision/hearing-impaired member in an apartment community that does not permit-pets.
- Making a reader available to a vision-impaired applicant during the application process.

An applicant household that has a member with a disability must still be able to meet essential obligations of the resident selection criteria. They must be able to pay rent on time, care for their apartment, report required information to Management, avoid disturbing their neighbors, etc.; however, there is no requirement that they be able to do these things without assistance.

If a member of your household has a disability and you think might need or want a reasonable accommodation that relates to your disability, please complete the Social Requirements Questionnaire. You may request it at any time in the application process or after admission. If you would prefer not to discuss your situation with Management, that is your right.

Opciones para Personas con Discapacidad
Aviso a Todos Los Solicitantes/Residentes
Adjunto a la Aplicación
Acomodación Razonable

Esta comunidad de apartamentos no discrimina contra los solicitantes o residentes en base a su raza, color, religión, sexo, origen de nacionalidad, estado familiar o deshabilidad. En adición, tenemos una póliza que provee "acomodaciones razonables" a residentes donde sea posible si algún miembro de la familia tiene una deshabilidad. Esto tal vez incluya prioridad para un apartamento accesible o modificaciones al apartamento o sus alrededores.

Una acomodación razonable es alguna modificación o ajuste que podemos hacer que le permitirá a un solicitante o residente elegible con deshabilidad la justa oportunidad de usar y disfrutar el apartamento incluyendo las áreas comunes y públicas ejemplos de acomodaciones razonables puede incluir:

- *Hacer algunas alteraciones al apartamento para que pueda ser usado por un miembro del hogar con silla de ruedas.*
- *Instalar un detector de humo con luces intermitentes en el apartamento para un hogar de miembros con impedimenta de oído.*
- *Permitir a un hogar el tener a un animal de servicio para asistir a miembros con impedimentos de vista/oído en una comunidad de apartamentos que no permite mascotas.*
- *Hacer disponible a un lector para solicitantes impedidos de la vista durante el proceso de aplicación.*

Un solicitante que tiene a un miembro de la familia con una deshabilidad tiene que ser apto para cumplir con obligaciones esenciales del criterio para la selección de residentes. Tienen que poder pagar la renta a tiempo cuidar de su apartamento, reportar información requerida por la administración. Evitar el disturbar a sus vecinos etc. Sin embargo no hay ningún requerimiento de que puedan hacer estas cosas sin asistencia.

Si algún miembro de su hogar tiene alguna discapacidad y usted piensa que tal vez necesite o quiere acomodaciones razonables relacionadas con su deshabilidad por favor llene el cuestionario para requerimientos especiales. Usted puede solicitarlo a cualquier tiempo durante el proceso de aplicación o después de la admisión si usted prefiere no discutir su situación con la administración, ese es su derecho.



Special Requirements Questionnaire
Reasonable Accommodation

This questionnaire is to be distributed to every applicant for this apartment community and to current residents at their request. It is used to determine if any member of your household needs a reasonable accommodation which must be requested in writing.

Applicant/Resident Name: _____

- I choose not to complete this form
- There are no disabilities in the family (Not required to fill out the rest of this form)

Applicant/Resident Signature: _____ Date: _____

1. a. Do you or any member of your family have a condition that requires?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> One Level Apartment | <input type="checkbox"/> A separate bedroom to Accommodate Medical Apparatus/Equipment |
| <input type="checkbox"/> Bedroom/Bath on the First Floor | <input type="checkbox"/> Apartment for Vision-Impaired |
| <input type="checkbox"/> A Service/Assistive Animal | <input type="checkbox"/> Apartment for Hearing-Impaired |
| <input type="checkbox"/> Physical Modification to the Apartment | <input type="checkbox"/> Apartment for Mobility-Impaired |
| <input type="checkbox"/> A Full Time Live –in Attendant/Aide | |

b. If you checked any of the above listed categories of apartments, please explain what you need to accommodate your situation: _____

2. Please list the name(s) of the family member(s) who need the special feature(s) identified above:

3. Please provide the source medical/social service provider, or other third party professional who can verify your need(s) for the features you have identified above:

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

I certify that the questions I have answered above are true and completed to the best of my ability.

Applicant/Resident Signature: _____ Date: _____

**Cuestionario de Requerimientos Especiales
Modificación Razonable**

Este cuestionario debe ser distribuido a todo solicitante para este proyecto y a cada inquilino que lo solicite utiliza para determinar si algún miembro del hogar necesita acomodación razonable el cual debe ser solicita en escrito.

Nombre del Solicitante/: _____

- Yo elijo no completar este formulario
- No hay discapacidad en la familia (No se requiere para completar el resto de este formulario)

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

1. a. Usted o algún miembro del hogar tiene una incapacidad que requiere:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apartamento en el primer piso | <input type="checkbox"/> Recamara separada para acomodar Aparatos Médico o Equipo |
| <input type="checkbox"/> Recamara/Baño en el primer piso | <input type="checkbox"/> Ayuda de tiempo complete que viva en casa |
| <input type="checkbox"/> Modificación física a un apartamento común | <input type="checkbox"/> Un Animal de Servicio/Asistencia |
| <input type="checkbox"/> Apartamento para personas con visión deteriorada | <input type="checkbox"/> Apartment for Mobility-Impaired |
| <input type="checkbox"/> Apartamento para personas con oído deteriorada | <input type="checkbox"/> Otro |

b. Si marcó cualquiera de las categorías mencionadas anteriormente, por favor explique lo que usted necesita para acomodar su situación: _____

2. Por favor escriba el nombre (s) del miembro (s) de la familia que necesitan la función (s) especial identificado anteriormente: _____

3. Favor de proporcionar la fuente medico/servicios Sociales, u otro profesional, que pueda verificar su necesidad (es) para las características que ha identificado anteriormente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Certifico que las preguntas que he contestado anteriormente son verdaderas y completadas a lo mejor de mi capacidad.

Firma del Solicitante/Residente: _____ Fecha: _____

Household Certification

I understand that the information provided on this application will be used to determine my eligibility for housing. Under penalties of perjury, I certify that the information I provided is true and accurate to the best of my knowledge. I also understand that providing false information is considered fraud and punishable according to the law and may result in the loss of my housing at this property. **Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud será usada para determinar mi elegibilidad para la vivienda. Bajo pena de perjurio, certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a los mejores de mi conocimiento. También entiendo que proveer información falsa se considera fraude y punible conforme a la ley y puede resultar en la pérdida de mi vivienda en este establecimiento.**

I also understand that the information provided is confidential and will be used to the purpose of determining my eligibility or continued eligibility for the Section 42 housing program. **También entiendo que la información proporcionada es confidencial y será utilizada a los efectos de determinar mi elegibilidad o la continuación de la elegibilidad para el programa de vivienda de la Sección 42.**

I also understand that this information must be true and correct, and under the 120 days from the move-in date. También entiendo que esta información debe ser verdadera y correcta, y dentro de los 120 días a partir de la fecha de mi mudanza.

CERTIFICATION: All household members who are over 18 years of age must sign and date below.

CERTIFICACIÓN: Todos los miembros del hogar que tienen más de 18 años de edad deben firmar y fechar a continuación.

I/we, the undersigned, hereby certify that to the best of my/our knowledge the information set in this application is true, accurate, and complete, and I/we hereby authorize verification of same by the Project Owner and/or Agent.

Yo / Nosotros, el abajo firmante, certifico que según mi / nuestro conocimiento la información que figura en esta aplicación es verdadera, exacta y completa, y yo / nosotros por la presente autorizo la verificación de los mismos por el dueño del proyecto y / o el Agente.

Head of Household	(Print Name)	Date
Co-Head of Spouse	(Print Name)	Date
Adult Member	(Print Name)	Date
Adult Member	(Print Name)	Date
Adult Member	(Print Name)	Date

WARNING STATEMENT: Section 1001 of Title 18, United States Code provides, "Whoever in any matter within the jurisdiction of any department or agency of the United States knowingly and willfully falsifies, conceals or covers up by any trick, scheme, or device a material fact, or makes any false, fictitious or fraudulent statements or representations, or makes or uses any false writing or document knowing the same to contain any false, fictitious or fraudulent statement or entry, shall be fined not more than \$10,000 or imprisoned not more than five (5) years, or both."

Declaración de advertencia: La Sección 1001 Del Título 18, Código de Los Estados Unidos Provee, "Quien quiera en cualquier manera dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agenda de los estados unidos bajo conocimiento y voluntariamente falsifica, esconde o cubre por media de truco, plan o ardid un hecho material o hace cualquier declaración falsa. Ficticia fraudulenta o representación, o hace o usa cualquier escrito falso o documento bajo conocimiento que este contiene cualquier declaración falsa, ficticia fraudulenta o añadida, será multado no menos de \$10,000 o encarcerado por no menos de cinco (5) años o los dos.

For Office Use Only Application Accepted By	
Management Signature: _____	Time: _____
(Print name): _____	Date: _____ Property Name: _____

