A blue and white sign with a person in a wheelchair

Description automatically generated

SOLICITUD DE ADMISIÓN

|  |
| --- |
| **IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN** |

**NOMBRE PREFERIDO**

**Teléfono diurno Teléfono nocturno**

**DIRECCIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Calle Ciudad Estado Código postal**

**CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | **Haga un listado con TODAS las personas que vivirán en el departamento. Ponga primero al jefe de familia:** | | | | |
| NOMBRE LEGAL COMPLETO | | NOMBRE PREFERIDO | PRONOMBRES | | RELACIÓN | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL o EQUIVALENTE (ITIN, etc.) |
|  | |  |  | | Jefe de familia |  |  |  |
|  | |  |  | | Segundo jefe de familia |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |  |

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS Y BIENES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE INGRESO | MONTOS BRUTOS MENSUALES | |  | | | TIPO DE BIEN | VALOR TOTAL | |
|  | JEFE | SEGUNDO JEFE | |  |  | | JEFE | SEGUNDO JEFE |
| Salarios | $ | $ | |  | Cuenta de ahorros | | $ | $ |
| Desempleo | $ | $ | |  | Cuenta(s) corriente(s) | | $ | $ |
| Seguridad social | $ | $ | |  | Certificados de depósitos (CD) | | $ | $ |
| Asistencia pública | $ | $ | |  | Acciones y bonos | | $ | $ |
| Pensiones/anualidades | $ | $ | |  | Bienes inmuebles | | $ | $ |
| Discapacidad/SSI | $ | $ | |  | Efectivo (caja de seguridad, etc.) | | $ | $ |
| Manutención infantil / pensión alimenticia | $ | $ | |  | Otro | | $ | $ |
| Sección 8 Asistencia | $ | $ | |  |  | |  |  |
| Otro | $ | $ | |  |  | |  |  |

**Requisitos especiales *(tenga en cuenta que los requisitos especiales pueden alargar su espera)***

**¿Algún miembro del hogar se identifica como una persona con dominio limitado del inglés? [\_] Sí [\_] No** \*Complete la tarjeta de identificación de idioma adjunta para identificar su idioma preferido.

**Preferencia de dormitorio *Los solicitantes pueden elegir varias opciones. El tamaño de los dormitorios se restringirá a la elegibilidad, lo cual incluye la consideración de adaptaciones razonables*:**  [\_\_\_] Estudio [\_\_\_] 1 habitación [\_\_\_] 2 habitaciones

Al firmar a continuación, usted autoriza por escrito a Elmer Gardens a efectuar una verificación de antecedentes penales. Los solicitantes afirman que toda la información que contiene esta solicitud es verdadera y completa. Los solicitantes también entienden que se debe realizar una entrevista personal, y que los bienes e ingresos se deben verificar y aprobar. Toda la información recibida es confidencial. Esta solicitud no crea ninguna obligación para el Arrendador ni para el solicitante. Una vez aprobado el proceso de solicitud, ambos solicitantes deberán efectuar un depósito de garantía y firmar un contrato de arrendamiento. Si se acepta, los Solicitantes certifican que este apartamento será su única residencia. El abajo firmante hace la declaración anterior a sabiendas de que si algo de eso resulta ser falso, Elmer Gardens puede cancelar y anular cualquier contrato de arrendamiento otorgado en base a dicha información.

**[\_\_] Conozco mi derecho a lo siguiente (adjunto\*):**

* Aviso de HCR sobre los derechos de ocupación en virtud de la Ley de Violencia contra las Mujeres (*https://hcr.ny.gov/system/files/documents/2020/03/doc-la-hcr-model-vawa-occupancy-rights\_7.9.2019.pdf*)
* Nuevas directrices antidiscriminatorias para personas con antecedentes penales de HCR (https://hcr.ny.gov/info-justice-involvement)
* Se adjuntan copias en papel de ambos documentos a la presente solicitud. En caso de ser necesario, pueden solicitarse copias adicionales en la oficina de arrendamientos.

**[\_\_] Tengo conocimiento de mi derecho a solicitar una adaptación o modificación razonable como persona con discapacidad en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidad.**

Firma del solicitante: Fecha:

Firma del cosolicitante: Fecha:

***Si una persona distinta del solicitante completa una parte o la totalidad de la solicitud, deberá completarse la siguiente declaración.***

He completado la totalidad o parte de esta solicitud a petición del solicitante (o de los solicitantes):

Firma Fecha

Firma Fecha

|  |
| --- |
| Fecha de recepción Hora de recepción  N.º de identificación  Dir. Comentarios |

**Para uso exclusivo de la oficina: ENVÍE ESTE FORMULARIO A:** Elmer Gardens

104 Irving Street

Schenectady, NY 12308

Teléfono: (518) 930-0027

**Fecha límite de solicitud: 12 de julio de 2024**

**Fecha, hora y ubicación del sorteo: 30 de julio de 2024 a la 1:00 p. m. en** <https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-teams/join-a-meeting?rtc=1>

ID de la reunión: 298 273 538 122   
Código de acceso: vvU5GF