

SOLICITUD DE ADMISIÓN

###### ACCESIBLE PARA DISCAPACITADOS

**IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE VIVIENDA**

**NO FUMADORES**

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

**NOMBRE PREFERIDO**

**Teléfono de día Teléfono de noche**

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

 **Calle Ciudad Estado Código postal**

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

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Indique TODAS las personas que residirán en el piso. Indique primero el cabeza de familia:** |
| NOMBRE LEGAL COMPLETO | NOMBRE PREFERIDO | PRONOMBRES | RELACIÓN | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O EQUIVALENTE (ITIN, etc.) |
|  |  |  | Cabeza de familia |  |  |  |
|  |  |  | Cocabeza de familia |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y ACTIVOS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE INGRESOS | IMPORTES BRUTOS MENSUALES |  | TIPO DE ACTIVO | VALOR TOTAL |
|  | CABEZA | COCABEZA |  |  | CABEZA | COCABEZA |
| Salarios | $ | $ |  | Cuenta de ahorros | $ | $ |
| Desempleo | $ | $ |  | Cuenta(s) corriente(s) | $ | $ |
| Seguridad Social | $ | $ |  | Certificados de depósitos (CD) | $ | $ |
| Asistencia pública | $ | $ |  | Acciones y bonos | $ | $ |
| Pensiones/Renta | $ | $ |  | Bienes inmuebles | $ | $ |
| Discapacidad/SSI | $ | $ |  | Efectivo (caja fuerte, etc.) | $ | $ |
| Manutención de los hijos/Pensión alimenticia | $ | $ |  | Cualquier otro | $ | $ |
| Sección 8 Asistencia | $ | $ |  |  |  |  |
| Otro | $ | $ |  |  |  |  |

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

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

**Preferencia de habitación *Los solicitantes pueden seleccionar varias opciones. El tamaño de la habitación se limitará al cumplimiento de los requisitos, lo que incluye la consideración de adaptaciones razonables*:**  [\_\_\_] 1HAB. [\_\_\_] 2HAB.

Su(s) firma(s) a continuación constituye(n) un permiso por escrito para que Sunlight Lane obtenga una verificación de antecedentes penales. El/Los solicitante(s) afirma(n) que toda la información en esta solicitud es correcta y completa. El/Los solicitante(s) también entiende(n) que debe llevarse a cabo una entrevista personal, así como que los activos y los ingresos deben verificarse y aprobarse. Toda la información recibida es confidencial. Esta solicitud no crea ninguna obligación para el propietario o solicitante. Después de que se apruebe el proceso de solicitud, se debe realizar un depósito de seguridad y un contrato de arrendamiento firmado por ambos solicitantes. Si se acepta, el/los solicitante(s) certifica(n) que este piso será su única residencia. El abajo firmante hace la declaración anterior sabiendo que, si cualquiera de dichas pruebas es falsa, Sunlight Lane puede cancelar y anular cualquier contrato de arrendamiento otorgado en función de dicha información.

**[\_\_] Soy consciente de mi derecho a lo siguiente (adjunto\*):**

* Aviso de HCR sobre los derechos de ocupación en virtud de la Ley contra la Violencia de Género (*https://hcr.ny.gov/system/files/documents/2020/03/doc-la-hcr-model-vawa-occupancy-rights\_7 .9.2019.pdf*).
* Nuevas directrices de HCR contra la discriminación que afecta a personas con antecedentes penales (https://hcr.ny.gov/info-justice-involvement).
* Se incluyen copias en papel de ambos con esta solicitud. Se pueden solicitar copias adicionales a la oficina de arrendamiento si es necesario.

**[\_\_] Soy consciente de mi derecho a solicitar una adaptación o modificación razonable como persona con discapacidades en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.**

Firma del solicitante: Fecha:

Firma del cosolicitante: Fecha:

***Si una parte o la totalidad de la solicitud es completada por alguien que no sea el solicitante, se debe completar la siguiente declaración.***

Yo/Nosotros he/hemos completado la totalidad o parte de esta solicitud a petición del/de los solicitante(s):

Firma Fecha

Firma Fecha

|  |
| --- |
| Fecha de recepción Hora de recepción N.º de identificación Comentarios del gerente  |

 **Solo para uso de la oficina: DEVUELVA ESTE FORMULARIO A:** Sunlight Lane

75 South Clinton Ave

Suite 700

Rochester, NY 14604

Teléfono: (833) 455-3273

Fecha límite de solicitud: 15 de julio de 2024

La lotería se organizará y registrará por equipos el 31 de julio de 2024 a las 13:00 horas. Enlace: <https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-teams/join-a-meeting?rtc=1>

ID de la reunión: 273 639 932 858

Código de acceso: OvTuyz.