**PROGRAMA VIVIENDA EN ALQUILER ASEQUIBLE**

**25 LaRose Apartments – Glens Falls, Warren County, NY**

**Fecha límite de la solicitud: 1 de febrero de 2022**

**Las solicitudes completadas deben recibirse o matasellarse a partir del 1 de febrero de 2022:**

Housing Action Council – 55 South Broadway, 2nd Fl, Tarrytown, NY 10591

☐ **Marque AQUÍ si fue inquilino de LaRose Apartments inmediatamente antes de su demolición. Las familias elegibles tienen derecho a regresar.**

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Nombre: _____

Dirección: _____ Apartamento #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código zip: _____

Teléfono durante el día: _____ Celular: _____

NSS (últimos 4 dígitos): _____Fecha de nacimiento: _____ Ingreso bruto: _____

Correo electrónico: _____ ¿Usa el correo electrónico con regularidad? ☐ Sí ☐ No

**2. INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE:**

Nombre: _____

Dirección: _____ Apartamento #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código zip: _____

Teléfono durante el día: _____ Celular: _____

NSS (últimos 4 dígitos): _____Fecha de nacimiento: _____ Ingreso bruto: _____

Correo electrónico: _____ ¿Usa el correo electrónico con regularidad? ☐ Sí ☐ No

Wilder Balter PARTNERS INC.
Duvernay + Brooks LLC

GLENS FALLS HOUSING AUTHORITY

NUEVA YORK El estado de las oportunidades | Homes and Community Renewal
KATHY HOCHUL Gobernador
RUTHANE VISNAUSKAS Comisionado/Gerente General

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA
PROHIBIDO FUMAR

## 3. COMPOSICIÓN FAMILIAR

| | NOMBRE | RELACIÓN CON LA CABEZA DE FAMILIA | FECHA DE NACIMIENTO | NSS (Últimos 4 dígitos) | OCUPACIÓN | ESTUDIANTE SÍ/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cabeza de familia | | | | | | |
| Co-solicitante | | | | | | |

| |
|---|
| ¿Ha habido algún cambio en la composición familiar en los últimos doce meses? ☐ Sí ☐ No |
| **Si la respuesta es afirmativa, explique:** |
| ¿Anticipa algún cambio en la composición familiar en los próximos doce meses? ☐ Sí ☐ No |
| **Si la respuesta es afirmativa, explique:** |
| ¿Hay alguien que no se mencione en la lista anterior que normalmente vivirá en el apartamento? ☐ Sí ☐ No |
| **Si la respuesta es afirmativa, explique:** |
| ¿Está viviendo ahora con alguien que no se mudará a este apartamento con usted? ☐ Sí ☐ No |
| **Si la respuesta es afirmativa, explique:** |

## 4. RESIDENCIA HABITUAL:

Cuál es su alquiler mensual o pago hipotecario actual $_____

¿Por cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual? _____

¿Alguna parte de su alquiler es subsidiada? ☐ Sí ☐ No Nombre de la agencia: _____

Marque los servicios públicos que ahora usted paga mensualmente:

☐ $ _____ ☐ $_____ ☐ $_____ ☐ $_____ ☐ $_____

Calefacción Electricidad Gas Agua Otro

Wilder Balter PARTNERS INC.
Duvernay + Brooks LLC

GLENS FALLS HOUSING AUTHORITY

NUEVA YORK El estado de las oportunidades | Homes and Community Renewal
KATHY HOCHUL Gobernador
RUTHANE VISNAUSKAS Comisionado/Gerente General

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA
PROHIBIDO FUMAR

**5. EMPLEO:**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA: | |
| EMPLEADOR: | |
| CARGO OCUPADO: | |
| DURACIÓN DEL EMPLEO: | INGRESO BRUTO MENSUAL: |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA: | |
| EMPLEADOR: | |
| CARGO OCUPADO: | |
| DURACIÓN DEL EMPLEO: | INGRESO BRUTO MENSUAL: |

**EMPLEO PREVIO (dentro de los últimos 60 días)**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA: | |
| EMPLEADOR: | |
| CARGO OCUPADO: | |
| DURACIÓN DEL EMPLEO: | INGRESO BRUTO MENSUAL: |

**6. INGRESO:**

| **Mencione TODAS las fuentes de ingreso conforme a lo solicitado a continuación. Si una sección no aplica, escriba "NA" para indicar que no es aplicable.** | | |
|---|---|---|
| **Nombre del miembro de la familia** | **Fuente de ingreso** | **Importe mensual bruto** |
| | Seguro Social | $ |
| | Seguro Social | $ |
| | Beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | $ |
| | Beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | $ |
| | Pensión (mencione la fuente) | $ |
| | Pensión (mencione la fuente) | $ |
| | Beneficios de veterano (mencione el # de solicitud) | $ |
| | Compensación por desempleo | $ |
| | Pagos por pensión alimenticia | $ |
| | Asistencia pública (Título IV/Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF), etc.) | $ |
| | Contribuciones para el hogar (monetarias o no) | $ |
| | Otra ayuda financiera (se excluyen los préstamos) | $ |
| | Pagos regulares de anualidades (mencione los recursos) | $ |
| | Pagos del seguro de atención médica a largo plazo que exceden los $180 al día | $ |
| | Pagos programados de las inversiones (por ejemplo: 403(b) y 401(k), dividendos de intereses (especifique la fuente)) | $ |

| | |
|---|---|
| ¿Tiene **derecho legalmente** a recibir pensión alimenticia? | ☐ Sí ☐ No |
| **Si la respuesta es afirmativa, mencione el monto que tiene derecho a recibir:** | |
| ¿Usted recibe pensión alimenticia? | ☐ Sí ☐ No |
| Si la respuesta es afirmativa, mencione el monto que recibe | |

**INGRESO ADICIONAL: (De percibir alguno)**
(Servicio de guardería, cuidado de personas, ingreso por propiedades en alquiler)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fuente: | | Monto mensual: | $ |
| Fuente: | | Monto mensual: | $ |

| | |
|---|---|
| ¿Anticipa algún cambio en estos ingresos en los próximos 12 meses? | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Hay algún miembro de su familia que tenga derecho a recibir ayuda económica que no haya mencionado anteriormente? | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Es probable que algún miembro de su familia reciba ayuda económica (sea monetaria o no) de alguien que no sea parte de su familia? | ☐ Sí ☐ No |
| **Si la respuesta es afirmativa para alguna de las preguntas antes mencionadas, explique:** | |
| ¿Se perciben ingresos? | ☐ Sí ☐ No |

## 7. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

**a. Se requiere la siguiente información únicamente con fines estadísticos para determinar el alcance que tienen los programas por parte de las personas de diferentes razas y orígenes étnicos. Proporcione información solo de la cabeza de familia.**

**IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO RACIAL:** Se utiliza únicamente para fines estadísticos. (Sírvase marcar solo uno de estos grupos para describir únicamente a la cabeza de familia). (Responda las secciones a. y b.)

**Una sola raza**

_____ Blanca
_____ Negra o Afroamericana
_____ Asiática
_____ Indio Americana o Nativo de Alaska
_____ Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico

**Multiraza**

_____ Indio Americana o Nativo de Alaska y Blanca
_____ Asiática y Blanca
_____ Negra o Afroamericana y Blanca
_____ Indio Americana o Nativo de Alaska y Negra o Afroamericana
_____ Otra multiraza

**b. GRUPO ÉTNICO:** (marque **solo uno** de este grupo) _____ Hispano _____ No hispano

**ACCESIBILIDAD/ADAPTABILIDAD:**

**¿Algún miembro de su familia se beneficiaría de las características especiales de un apartamento accesible?**

**Marque todos los que aplican:** ___ ¿Acceso a sillas de ruedas? _____ ¿Problemas auditivos? __ ¿Problemas visuales?

**ADAPTACIONES RAZONABLES:** Si es una persona con discapacidades, puede solicitar una adaptación razonable. Si le gustaría recibir más información sobre cómo solicitar una adaptación razonable, comuníquese con Housing Action Council al número 914-914-332-4144 ■ hac@affordablehomes.org

Wilder Balter PARTNERS INC.
Duvernay + Brooks LLC

GLENS FALLS HOUSING AUTHORITY

NUEVA YORK El estado de las oportunidades | Homes and Community Renewal
KATHY HOCHUL Gobernador
RUTHANE VISNAUSKAS Comisionado/Gerente General
IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA
PROHIBIDO FUMAR

## 8. ACTIVOS

| Si una sección no aplica, márquela o escriba "NA". | | | |
|---|---|---|---|
| Cuentas de cheque | # | Banco | Saldo en $ |
| | # | Banco | Saldo en $ |
| | | | |
| Cuentas de ahorros | # | Banco | Saldo en $ |
| | # | Banco | Saldo en $ |
| | | | |
| Tarjetas de depósito directo para SS, SSI, SSP, TANF, pensión alimenticia y trabajo | # | Banco | Saldo en $ |
| | # | Banco | Saldo en $ |
| | | | |
| Certificados de depósito | # | Banco | Saldo en $ |
| | # | Banco | Saldo en $ |
| | | | |
| Cuentas a plazo fijo | # | Banco | Saldo en $ |
| | # | Banco | Saldo en $ |
| | | | |
| Cuentas de fideicomiso | # | Banco | Saldo en $ |
| | # | Banco | Saldo en $ |
| | | | |
| Bono de ahorro | # | Fecha de vencimiento | Valor en $ |
| | # | Fecha de vencimiento | Valor en $ |
| | | | |
| Póliza de seguro de vida | # | | Valor en efectivo en $ |
| | # | | Valor en efectivo en $ |
| | | | |
| Fondos mutuos/ Nombre | # de participaciones | Interés o dividendo en $ | Valor en $ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Acciones o bonos | # de participaciones | Interés o dividendo en $ | Valor en $ |
| | | | |
| | | | |

## 9. BIENES INMUEBLES Y OTROS ACTIVOS

| | |
|---|---|
| ¿Tiene usted alguna propiedad? ☐ Sí ☐ No | |
| Si la respuesta es afirmativa, qué tipo de propiedad es | |
| Dirección de la propiedad | |
| Valor estimado en el mercado | $ |
| Saldo del préstamo hipotecario o pendiente | $ |
| Monto de la prima anual del seguro | $ |
| Monto de los impuestos inmobiliarios | $ |
| ¿Está la propiedad sujeta a liquidación forzada, bancarrota o desalojo? | $ |
| **Si la respuesta es afirmativa, describa:** | |

| | |
|---|---|
| ¿Algún miembro de la familia tiene activos de propiedad conjunta con una persona que NO sea miembro de su familia? ☐ Sí ☐ No | |
| **Si la respuesta es afirmativa, describa:** | |
| ¿Tienen ellos acceso a el(los) activo(s)? ☐ Sí ☐ No | |
| ¿Usted ha vendido o enajenado alguna propiedad en los últimos 2 años? ☐ Sí ☐ No | |
| **Si la respuesta es afirmativa, qué tipo de propiedad es:** | |
| Valor en el mercado al momento de la venta o enajenación | $ |
| Monto de la venta o enajenación por | $ |
| Fecha de la transacción | $ |
| ¿Ha enajenado alguna propiedad en los últimos 2 años? ☐ Sí ☐ No<br>(Ejemplo: Regalar dinero a familiares, crear cuentas fiduciarias irrevocables) | |
| **Si la respuesta es afirmativa, describa el activo:** | |
| Fecha de la enajenación | |
| Monto de la enajenación | $ |
| ¿Tiene algún otro activo que no se menciona anteriormente (excluyendo la propiedad personal)? ☐ Sí ☐ No | |
| **Si la respuesta es afirmativa, menciónelo:** | |

## 10. INFORMACIÓN ADICIONAL:

| **Describa brevemente sus motivos para solicitar 25 LaRose:** |
|---|
| |

## 11. ASISTENCIA PARA LA SOLICITUD

| ¿Alguien lo ayudó a llenar esta solicitud? | ☐ Sí ☐ No |
|---|---|
| **Si la respuesta es afirmativa, quién fue y cuál fue el motivo de la asistencia** | |

## 12. ¿CÓMO SE ENTERÓ DE ESTA NOVEDAD?

☐ Amigo Si fue por un amigo, ¿cómo se enteró él/ella sobre esto? _____

☐ Empleador ☐ Cartel puesto en el lugar

☐ Sitio web/Internet _____ (mencione el sitio web)

☐ Lugar de culto (Identifique): _____

☐ Organización comunitaria (Identifique): _____ ☐ Otro (Identifique): _____

**CERTIFICACIÓN**

Por medio del presente, yo(nosotros) certifico(certificamos) que no mantendré (mantendremos) un apartamento en alquiler aparte en otra ubicación. Yo(nosotros) certifico(certificamos) que esta será mi/nuestra residencia habitual. Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que debo(debemos) pagar un depósito de seguridad por este apartamento antes de ocuparlo. Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que mi(nuestra) elegibilidad para la vivienda se basará en los límites de ingresos aplicables y en los criterios de selección de la Gerencia. Yo(nosotros) certifico(certificamos) que toda la información en esta solicitud es verdadera a mi(nuestro) leal saber y entender, y que entiendo(entendemos) que las declaraciones o información falsa se penan por ley y conllevarán a la cancelación de esta solicitud o del contrato de arrendamiento luego de que ocupe el departamento. Todos los solicitantes deben firmar la solicitud.

Yo(nosotros) estoy(estamos) de acuerdo en autorizar a Housing Action Council Inc. o a sus agentes a utilizar esta copia de mi(nuestra) firma como aprobación para verificar mi(nuestro) empleo, cualquier otra fuente de ingreso, y activos en relación con mi(nuestra) solicitud. Todas las verificaciones se enviarán directamente a las personas autorizados y se utilizarán únicamente con fines relacionados con el apartamento.

FIRMA(S):

Solicitante _____ Fecha:_____

Co-solicitante _____ Fecha:_____

Wilder Balter PARTNERS INC.
Duvernay + Brooks LLC

GLENS FALLS HOUSING AUTHORITY

NUEVA YORK El estado de las oportunidades | Homes and Community Renewal
KATHY HOCHUL Gobernador
RUTHANE VISNAUSKAS Comisionado/Gerente General

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA
PROHIBIDO FUMAR

**DETALLE DEL ALQUILER Y LOS INGRESOS**

| N.° de apartamentos y tipo | Alquiler mensual | Pies cuadrados | Ingreso familiar máximo; Ingreso promedio en el área designada |
|---|---|---|---|
| 4 de una habitación | $698 | 615 | $27,650 (1 persona) \| $31,600 (2 personas) \| $35,550 (3 personas); 50% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |
| 3 de una habitación | $846 | 615 | $33,180 (1 persona) \| $37,920 (2 personas) \| $42,660 (3 personas); 60% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |
| 9 de una habitación | $994 | 615 | $38,710 (1 persona) \| $44,240 (2 personas) \| $49,770 (3 personas); 70% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |
| 8 de dos habitaciones | $832 | 846 | $31,600 (2 personas) \| $35,550 (3 personas) \| $39,450 (4 personas); 50% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |
| 7 de dos habitaciones | $1,010 | 846 | $37,920 (2 personas) \| $42,660 (3 personas) \| $47,340 (4 personas); 60% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |
| 7 de dos habitaciones | $1,188 | 846 | $44,240 (2 personas) \| $49,770 (3 personas) \| $55,230 (4 personas); 70% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |
| 2 de tres habitaciones | $956 | 1.020 | $35,550 (3 personas) \| $39,450 (4 personas) \| $42,650 (5 personas); 50% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |
| 4 de tres habitaciones | $1,161 | 1,020 | $42,660 (3 personas) \| $47,340 (4 personas) \| $51,180 (5 personas); 60% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |
| 2 de tres habitaciones | $1,366 | 1,020 | $49,770 (3 personas) \| $55,230 (4 personas) \| $59,710 (5 personas); 70% del Ingreso promedio de la zona (AMI) |

**Para recibir información, comuníquese con:** 914-332-4144 ■ hac@affordablehomes.org

Wilder Balter PARTNERS INC.
Duvernay + Brooks LLC

GLENS FALLS HOUSING AUTHORITY

NUEVA YORK El estado de las oportunidades | Homes and Community Renewal
KATHY HOCHUL Gobernador
RUTHANE VISNAUSKAS Comisionado/Gerente General

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA
PROHIBIDO FUMAR