



Sacandaga Senior Apartments
302 S. First St.
Northville, NY 12134

Tel: (518) 725-2114 Fax: (518) 725-1225 TDD Relay # 711



ASISTENCIA DE SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Si usted está discapacitado, o tiene dificultades para completar esta solicitud, por favor aconséjenos de sus necesidades cuando reciba esta solicitud, o llámenos para programar asistencia.

El número de teléfono de Sacandaga Senior Apartments es 518-725-2114. Si tiene una discapacidad auditiva, el número de servicio de retransmisión TDD es # 711.

Se proporcionará la asistencia adecuada de manera confidencial y en un entorno.

Respondiendo preguntas sobre su solicitud:

Responda todas las preguntas con sinceridad. Verificaremos sus respuestas. Cualquier tergiversación de la información relacionada con la elegibilidad, la preferencia de admisión, las asignaciones, el alquiler, la composición familiar o el historial de residentes anteriores es motivo de rechazo. Además, debe tener en cuenta que la Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. tipifica como delito la realización de declaraciones falsas y deliberadas o representación falsa de cualquier hecho material que implique el uso o la obtención de fondos federales.

Responder preguntas relacionadas con una discapacidad:

Las respuestas a las preguntas de su solicitud sobre el estado de discapacidad son opcionales, pero tenga en cuenta que las familias con miembros discapacitados pueden tener derecho a (1) ciertas deducciones de los ingresos que afectan el alquiler o (2) unidades diseñadas para ser accesibles para personas con discapacidades. Por lo tanto, sin esta información, es posible que no podamos calcular correctamente su alquiler o verificar su elegibilidad para vivir en una unidad accesible.

Si responde las preguntas relacionadas con la discapacidad, tendremos que verificar que usted o un miembro de su hogar esté discapacitado. No necesitamos conocer la naturaleza, extensión o condición actual de la discapacidad, pero necesitaremos saber que usted cumple con las definiciones federales que se aplican a estos términos y que puede cumplir con los términos de nuestro contrato de arrendamiento.

La administración tratará la información que proporcione sobre el estado de una discapacidad de manera confidencial. De acuerdo con las regulaciones del programa, la información se puede divulgar a las agencias federales, estatales o locales correspondientes.

Cuestionario de requisitos de vivienda:

Complete el Cuestionario de requisitos de vivienda que acompaña a su solicitud. Esta información es necesaria para que podamos asignarle una unidad adecuada a cualquier necesidad que exista para su hogar. Sus respuestas serán verificadas. Sin embargo, si no hay miembros del hogar con una discapacidad, o si no desea completar el documento por alguna razón, simplemente indique esa opción en el espacio provisto en la parte superior del documento. La elección de no completar este documento no afectará de ninguna manera el procesamiento de su solicitud de apartamento.

**Aviso a todos los solicitantes: opciones para
Solicitantes con discapacidades**

Esta propiedad es administrada por Fulton County Community Heritage Corporation, P.O. Box 646, Gloversville, NY, 12078. Proporcionamos vivienda asistida al público en general en el estado de New York. No se nos permite discriminar a los solicitantes por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, estado familiar o discapacidad. Además, tenemos la obligación de proporcionar "adaptaciones razonables" a los solicitantes si ellos o cualquier miembro del hogar tienen una discapacidad. Las acciones de cumplimiento pueden incluir adaptaciones razonables, así como modificaciones estructurales a la unidad o las instalaciones.

Una acomodación razonable es alguna modificación o cambio que podemos hacer a las políticas o procedimientos que ayudarán a un solicitante con una discapacidad que de otro modo sería elegible para aprovechar los programas bajo los cuales operamos. Los ejemplos de adaptaciones razonables y modificaciones estructurales incluyen, pero no se limitan a:

- Hacer modificaciones razonables a una unidad para que pueda ser utilizada por un miembro del hogar con silla de ruedas;
- Instalar detectores de humo con luz intermitente de tipo estroboscópico en un apartamento para un hogar con un miembro con discapacidad auditiva;
- Permitir que un hogar tenga un perro lazarillo para ayudar a un miembro del hogar con problemas de visión donde las reglas existentes para mascotas no lo permiten;
- Poner documentos de gran tamaño o un lector a disposición de un solicitante con discapacidad visual durante el proceso de solicitud;

- Poner a disposición un intérprete de lenguaje de señas a un solicitante con discapacidad auditiva durante el proceso de solicitud;
- Permitir que una agencia externa ayude a un solicitante con una discapacidad a cumplir con los criterios de selección de solicitantes de la propiedad.

Un hogar solicitante que tiene un miembro con una discapacidad aún debe poder cumplir con las obligaciones esenciales de arrendamiento: debe poder pagar el alquiler, mantener su apartamento en condiciones seguras y sanitarias, informar la información requerida al administrador del edificio, para evitar molestar a sus vecinos, etc., pero no es necesario que puedan hacer estas cosas sin ayuda.

Si usted o un miembro de su hogar tiene una discapacidad y cree que puede necesitar o querer una adaptación razonable, puede solicitarla en cualquier momento durante el proceso de solicitud o después de la admisión. Esto depende de ti. Si prefiere no discutir su situación con la gerencia, es su derecho.

La siguiente página de esta solicitud es un Cuestionario de requisitos de vivienda. Si desea completar el documento y proporcionar a la gerencia información sobre cualquier miembro del hogar con una discapacidad, hágalo. Si ningún miembro del hogar tiene una discapacidad, o si no desea completar el cuestionario por algún motivo, indíquelo, firme el formulario y devuélvalo al gerente.

Cuestionario de requisitos de vivienda

Lea lo siguiente con respecto a este cuestionario:

Este cuestionario se administra a todos los solicitantes en Sacandaga Senior Apartments. Se utiliza para determinar si su hogar necesita características especiales en su unidad de vivienda. Se debe verificar la necesidad de adaptaciones especiales para asegurar que el número limitado de unidades con características especiales vaya a familias que realmente las necesitan.

Completar este cuestionario es opcional de su parte. Si elige no completar

este formulario, marque la casilla que indica esa opción, firme y feche el formulario y devuélvalo al gerente. La elección de no completar este cuestionario no afectará de ninguna manera el procesamiento de su solicitud de apartamento.

Si decide completar este formulario, marque la casilla que indica su elección de proporcionar esta información, complete la información solicitada, firme y feche el formulario y devuélvalo al gerente.

Elección del solicitante para proporcionar información sobre necesidades especiales:

Nombre del jefe de familia _____ SS#: _____
[] Elijo completar este formulario. [] Elijo NO completar este formulario.

Firma del aplicante _____ Fecha _____
Firma del gerente _____ Fecha _____

Información relativa a los requisitos de vivienda del hogar del solicitante:

1. Tiene usted, o algún miembro de su hogar, una condición que requiera:
[] Un dormitorio separado [] Unidad para personas con discapacidad visual
[] Departamento de un nivel [] Modificaciones físicas a un típico apto.
[] Unidad para personas con discapacidad auditive [] Plaza de aparcamiento especial
[] Un apartamento sin barreras [] Dormitorio / baño en el primer piso
[] Otro
2. Si marcó alguna de las categorías de unidades mencionadas anteriormente, explique exactamente lo que necesita para adaptarse a su situación: _____
3. ¿Cuál es el nombre del miembro del hogar que necesita las funciones identificadas anteriormente? _____
4. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar necesita características especiales para subir y bajar escaleras que no sean las barandillas tradicionales? [] Sí [] No
Si la respuesta es "Sí", indique cómo podemos adaptarnos a su hogar. _____
5. ¿Necesitará usted o alguno de los miembros de su hogar un ayudante residente que lo ayude? [] Sí [] No
6. ¿Quién debe ser contactado para verificar su necesidad de las funciones que ha identificado anteriormente (por ejemplo, un médico o una agencia de servicios sociales)?
Nombre _____ Tel #: _____
Poner la dirección en _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____

Preferencia de veteranos discapacitados:

¿Reclama el estado de veterano discapacitado? _____ SI _____ NO



Sacandaga Senior Apartments
302 First St.
Northville, NY 12134
Tel (518) 725-2114 Fax:(518) 725-1225
TDD Relay # 711



SOLICITUD

NOMBRE DEL PROYECTO: Sacandaga Senior Apartments
PONER LA DIRECCIÓN EN: 302 S. First St.
Northville, New York 12134

USO DE OFICINA ÚNICAMENTE
Date Received: _____
Time Received: _____
Estimated Income: _____
Income Category: _____

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO CON SU PROPIA MANO. DEBE USAR EL NOMBRE LEGAL CORRECTO PARA CADA MIEMBRO DE SU HOGAR COMO APARECE EN LA TARJETA DE SEGURO SOCIAL. LISTAR AL INQUILINO PRIMERO, CO-TENIENTE SEGUNDO, OTROS MIEMBROS DEL HOGAR TERCERO, ETC. TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENGA CONFIDENCIAL.

(Si no puede completar esta solicitud, alguien la completará por usted o puede elegir a alguien para que la complete. Esa persona debe firmar la última página como la persona cuya letra aparece en el formulario).

SOLICITANTE _____ **TELÉFONO #** _____
LA DIRECCIÓN ACTUAL _____

TAMAÑO DE APARTAMENTO SOLICITADO _____

A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Enumere TODAS las personas que vivirán en el apartamento. Enumere primero al jefe de familia.

	Nombre	Relación a la cabeza	Estado civil D-divorciado S-soltero L-separación legal E-distanciado	Nacimiento Fecha	Años	SS#	Alumno Y/N
Cabeza							
Co-Inquilino							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

¿Prevé adiciones a la casa en los próximos doce meses? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo explicar:

¿El hogar necesita características específicas o diseños de unidades, como accesibilidad para sillas de ruedas, ayudas visuales o aparatos de asistencia auditiva? ☐ SI / ☐ NO. En caso afirmativo, describa:

¿Alguna de las personas en el hogar será o habrá sido estudiante de tiempo completo durante los cinco meses calendario de este año o plan para estar en el próximo año calendario en una institución educativa (que no sea una escuela por correspondencia) con profesores y estudiantes regulares? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, enumere todos los estudiantes: _____

SI ES ASÍ, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Algún estudiante de tiempo completo está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta?	☐ Si	☐ No
¿Algún estudiante (s) inscrito (s) en un programa de capacitación laboral recibe asistencia bajo la Ley de Asociación de Capacitación Laboral?	☐ Si	☐ No
¿Algún estudiante de tiempo completo es beneficiario de TANF o título IV?	☐ Si	☐ No
¿Algún estudiante de tiempo completo es un padre soltero que vive con su hijo menor que no es un dependiente en la declaración de impuestos de otro?	☐ Si	☐ No

B. INGRESOS		Enumere TODAS las fuentes de ingresos como se solicita a continuación. Si una sección no se aplica, tache o escriba NA.
Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingreso	Monto mensual bruto
	Seguridad Social	\$
	Seguridad Social	\$
	Beneficios de SSI	\$
	Beneficios de SSI	\$
	Pensión (fuente de la lista)	\$
	Pensión (fuente de la lista)	\$
	Beneficios para veteranos (indique el número de reclamación)	\$
	Compensación por desempleo	\$
	Compensación por desempleo	\$
	Discapacidad	\$
	Compensación al trabajador	\$
	Ingresos de estudiantes a tiempo completo (solo mayores de 18 años)	
	Ingresos por intereses forma Activos (fuente)	\$
	Ingresos por intereses forma Activos (fuente)	\$
	Ingresos por intereses forma Activos (fuente)	\$
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo que ocupa	

	Cuanto tiempo empleado:	
Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingreso	Monto mensual bruto
	Cantidad de empleo	\$
	Empleador:	
	Cargo que ocupa	
	Cuanto tiempo empleado:	
	Pensión alimenticia	
	¿Tiene derecho a recibir una pensión alimenticia?	☐ Si ☐ No
	En caso afirmativo, indique la cantidad que tiene derecho a recibir..	\$
	¿Recibe pensión alimenticia?	☐ Si ☐ No
	En caso afirmativo, indique la cantidad que recibe.	\$
	Manutención de los hijos	
	¿Tiene derecho a recibir manutención infantil?	☐ Si ☐ No
	En caso afirmativo, indique la cantidad que tiene derecho a recibir.	\$
	¿Recibe manutención infantil?	☐ Si ☐ No
	En caso afirmativo, indique la cantidad que recibe.	\$
	Otros ingresos	\$
	Otros ingresos	\$
	Otros ingresos	\$
¿Anticipa algún cambio en estos ingresos en los próximos 12 meses?		☐ Si ☐ No
En caso afirmativo explicar:		

¿Alguien en el hogar recibe contribuciones o obsequios regulares de personas que no pertenecen al hogar?

Si _____ No _____

¿Alguien en el hogar recibe algún ingreso de la propiedad?

Si _____ No _____ Explique _____

¿Cuál es la cantidad de efectivo disponible? _____

C. BIENES

Si sus activos son demasiado numerosos para enumerarlos aquí, solicite un formulario adicional.

Si una sección no se aplica, tache o escriba NA.

Revisando cuentas	#	Banco	Equilibrar \$
	#	Banco	Equilibrar \$
	#	Banco	Equilibrar \$
Guardando cuentas	#	Banco	Equilibrar \$
	#	Banco	Equilibrar \$
	#	Banco	Equilibrar \$

Cuenta de fideicomiso	#	Banco	Equilibrar \$	
Certificados	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
Unión de Crédito	#	Banco	Equilibrar \$	
	#	Banco	Equilibrar \$	
Bonos de ahorro	#	Fecha de vencimiento	Valor \$	
	#	Fecha de vencimiento	Valor \$	
	#	Fecha de vencimiento	Valor \$	
Póliza de seguro de vida	#		Valor en efectivo \$	
Póliza de seguro de vida	#		Valor en efectivo \$	
Los fondos de inversión	Nombre:	# Comparte:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	# Comparte:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	# Comparte:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
Cepo	Nombre:	# Comparte:	Dividendo pagado \$	Valor \$
	Nombre:	# Comparte:	Dividendo pagado \$	Valor \$
	Nombre:	# Comparte:	Dividendo pagado \$	Valor \$
Cautiverio	Nombre:	# Comparte:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
	Nombre:	# Comparte:	Intereses o Dividendos \$	Valor \$
Inversión Propiedad				Valor de tasación \$

Propiedad de bienes raíces:	<i>¿Tiene alguna propiedad?</i>	☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, tipo de propiedad		
Ubicación de la propiedad		
Valor de mercado tasado	\$	
Saldo adeudado de préstamos hipotecarios o pendientes	\$	
Monto de la prima anual del seguro	\$	
Monto de la factura de impuestos más reciente	\$	

¿Ha vendido / dispuesto de alguna propiedad en los últimos 2 años?	☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, tipo de propiedad	
Valor de mercado cuando se vende / dispone	\$
Cantidad vendida / dispuesta	\$

Fecha de la transacción

¿Se ha deshecho de otros activos en los últimos 2 años (Ejemplo: regalado dinero a familiares, Cuentas fiduciarias irrevocables)?	
	☐ Si ☐ No
<i>Si es así, describa el activo</i>	
Fecha de disposición	
Cantidad dispuesta	\$

¿Tiene otros activos que no se enumeran anteriormente (excluyendo propiedad personal)?	
☐ Si ☐ No	
<i>Si es así, por favor enumere:</i>	

D. INFORMACIÓN ADICIONAL		
¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por fabricación o distribución de sustancia controlada?	☐ Si	☐ No
¿Alguna vez usted o algún miembro de su familia ha sido condenado por un delito?	☐ Si	☐ No
<i>Si es así, describa</i>		
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido desalojado alguna vez de alguna vivienda?	☐ Si	☐ No
<i>Si es así, describa</i>		

F. INFORMACION DE REFERENCIA		
Propietario actual	Nombre:	
	La dirección:	
	Teléfono de casa:	
	Autobús. Teléfono:	
	¿Cuánto tiempo?	
Propietario anterior	Nombre:	
	La dirección:	
	Teléfono de casa:	
	Autobús. Teléfono:	
	¿Cuánto tiempo?	

En caso de emergencia notifique:	
La dirección:	
Relación:	# De Teléfono:

G. G. INFORMACIÓN DEL VEHICULO Y MASCOTAS (si corresponde)

Enumere todos los automóviles, camiones u otros vehículos que posea. Se proporcionará estacionamiento para un vehículo. Arreglos con La gestión será necesaria para más de un vehículo.

Tipo de Vehículo:	Placa #:
Año / Marca:	Color:
Tipo de Vehículo:	Placa #:
Año / Marca:	Color:
¿Tienes mascotas?	☐ Si ☐ No
Si es así, describa:	

La aceptación de esta solicitud no garantiza el alquiler de un apartamento. Todos los solicitantes deben cumplir con los criterios de selección, incluida la verificación del propietario y del crédito. Los cambios en los ingresos, el tamaño, la dirección y el número de teléfono de la familia deben informarse de inmediato a la gerencia para procesar correctamente su solicitud.

CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico / certificamos que mantendré / mantendremos / no mantendremos una unidad de alquiler subsidiada separada e otra ubicación. Yo / nosotros certificamos además que esta será mi / nuestra residencia permanente. Yo / nosotros entendemos que debo / debemos pagar un depósito de seguridad por este apartamento y firmar un contrato de arrendamiento de un año antes de la ocupación. Yo / nosotros entendemos que mi elegibilidad para la vivienda se basará en los límites de ingresos aplicables y en los criterios de selección de la administración. Yo / Nosotros certificamos que toda la información en esta solicitud es verdadera a mi / nuestro mejor conocimiento y yo / Nosotros entendemos que las declaraciones o información falsas son punibles por la ley y darán lugar a la cancelación de esta solicitud o la terminación del arrendamiento después de la ocupación. Todos los solicitantes adultos, mayores de 18 años, deben firmar la solicitud.

FIRMA (S):

(Firma del inquilino)

Fecha

(Firma del coarrendatario)

Fecha

(Firma del coarrendatario)

Fecha

(Firma del coarrendatario)

Fecha

La información con respecto a la designación de raza, etnia y sexo solicitada en esta solicitud se solicita para asegurar al Gobierno Federal que las leyes federales que prohíben la discriminación contra las solicitudes de inquilinos por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado familiar, edad y discapacidad se cumplen. No es necesario que (2021)

proporcione esta información, pero se le recomienda que lo haga. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminarlo de ninguna manera. Sin embargo, si opta por no proporcionarlo, debemos anotar la raza, el origen étnico y el sexo de los solicitantes individuales sobre la base de la observación visual o el apellido.

Etnicidad:

Hispano o Latino _____

No Hispano o Latino _____

Raza: (Marque uno o más)

1 Indio Americano / Nativo de Alaska _____

2 Asiático _____

3 Negro o Afroamericano _____

4 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico _____

5 Blanco _____

Género: Masculino _____

Feminino _____

AUTORIZACIÓN

POR LA PRESENTE AUTORIZAMOS SACANDAGA SENIOR APARTMENTS Y SU PERSONAL O REPRESENTANTES AUTORIZADOS PARA CONTACTAR CON CUALQUIER AGENCIAS, OFICINAS, GRUPOS U ORGANIZACIONES PARA OBTENER Y VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN O MATERIALES QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS PARA SER COMPLETADOS POR MI CASA FULTON COUNTY COMMUNITY HERITAGE CORPORATION.

FIRMAS:

Solicitante

Co-Solicitante

Fecha de firma

Fecha de firma

Firma de la persona que llena el formulario del inquilino

La Ley de Equidad de Vivienda prohíbe la discriminación en la venta, alquiler o financiamiento de viviendas por motivos de raza, color, religión, sexo, discapacidad, estado familiar u origen nacional. Este es un programa de igualdad de oportunidades. Las leyes federales prohíben la discriminación. Las quejas de discriminación pueden presentarse ante el Office of Fair Housing and Equal Opportunity, Department of Housing and Urban Development, 451 Seventh St. SW, Washington, DC 20410-2000 o para Fair Housing HUB, US Department of HUD, 26 Federal Plaza, Rm 3532, New York, NY 10278-0068. Correo Electrónico: ComplaintsOffice02@hud.gov

(2021)