1277 Shoreline Lane - Boise, ID 83702 (208) 336-4610 Phone ~ (208) 345-8990 Fax, TDD #1-800-545-1833 Ext. 298

Solicitud e información de selección de arrendatarios

Agradecemos su interés en nuestra comunidad de departamentos. Al programar una cita cuando regresa el paquete de solicitud, con frecuencia se puede agilizar el proceso de solicitud. Si no puede entregar la solicitud en persona, puede regresarla por correo postal.

Asegúrese de que todos los puntos estén completos. Si la pregunta no corresponde a su caso, escriba N/C en el espacio en blanco. Únicamente utilice tinta de un solo color al llenar la solicitud. Si comete algún error, táchelo con una sola línea y escriba sus iniciales al lado de la corrección. **NO UTILICE CORRECTOR.** Asegúrese de que todos los adultos firmen y escriban la fecha en la solicitud.

Cuando regrese la solicitud, traiga lo siguiente:

- **Identificación con fotografía vigente de cada adulto de 18 a?os de edad o más**
- **Tarjetas de seguro social de cada integrante de la familia.**
- **Actas de nacimiento de cada menor de edad.**
- **Historial de residencia previo de cada integrante adulto de la familia.**
- **Cuota de $25 por cada solicitud de adulto**

Complete una (1) solicitud por familia

La aptitud se determinará según estos factores. A los solicitantes se les notificará **por escrito** el estado de la solicitud dentro de los 10 días de la recepción de esta. Si no hay unidades disponibles en el momento de la aceptación, el nombre del solicitante se pondrá en lista de espera. Para obtener información adicional sobre los requisitos de aptitud o sobre el proceso de selección, solicite ver una copia de nuestra Política de selección de residentes.

Smoketree Apartments y Syringa Property Management, Inc. está comprometida con la cláusula de no discriminación de la Ley de Equidad de Vivienda (Fair Housing Act) y la Sección 504 de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA). Si requiere ayuda a través de personas que le ayuden a leer, intérpretes, un documento con letra más grande o cualquier otro recurso que le permita participar plenamente en nuestro programa de vivienda, comuníquese con nosotros y haremos todo lo posible por ayudarlo. Si tiene problemas de movilidad y no puede venir a nuestra oficina de arrendamientos, podemos tomar las medidas necesarias para visitarlo en otra oficina, en su casa o en otro lugar accesible.

1. Syringa Property Management, Inc. no discrimina a las personas por su situación de discapacidad en temas como la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades con financiamiento federal.
2. La persona que se menciona a continuación ha sido designada para coordinar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación incluidos en las normativas del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, Sección 504 (24 CFR, parte 8 con fecha del 2 de junio de 1988).

Dianne Hunt
1277 Shoreline Lane - Boise, ID 83702
208-336-4610

SMOKETREE APARTMENTS **SOLICITUD DE VIVIENDA**	*Para uso exclusivo de la oficina:* Hora de recepción: _____ Fecha de recepción: _____ Iniciales del administrador: _____
Esta solicitud es para: **N.° de informe penal/crediticio:_____**	**Número de teléfono: (623) 386-5703**

Información del solicitante:

Nombre del solicitante: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección de correo postal: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono durante el día: _____ Teléfono para dejar mensajes: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Tamaño de departamento que requiere: ☐ Estudio ☐ 1 recámara ☐ 2 recámaras ☐ 3 recámaras ☐ 4 recámaras

¿Cómo se enteró de nosotros? ☐ Publicaciones ☐ Recomendación ☐ Otro _____

Mencione a TODAS las personas que ocuparán el departamento: **Estado civil: C=Casado D=Divorciado Sep=Separado S=Soltero**

Los solicitantes que hasta el 31 de enero de 2010 tengan 62 años de edad o más, que no tengan un SSN y que hayan recibido apoyo para el alquiler por parte del HUD en otro lugar el 31 de enero de 2010 están exentos de entregar y brindar la verificación de un SSN.

Nombre de los inquilinos	Relación	N.° de seguro social	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo (opcional) F / M	Estudiante * Y / N
	Solicitante					

***Ya sea de tiempo completo o medio tiempo, la respuesta es Sí**

Determinaciones de la aptitud:

☐ **Sí** ☐ **No** Es posible que sea apto para recibir un subsidio anual de $400 si usted o su cosolicitante tiene un impedimento o es discapacitado, o bien si tiene 62 años de edad o más y cumple con otros requisitos de aptitud. Es posible que sea necesario confirmar la aptitud. ¿Considera que puede ser apto para recibir este pago?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Hay algún integrante de la familia que esté ausente del hogar debido a (encierre en un círculo todas las opciones que correspondan): empleo, servicio militar, custodia tutelar, temporalmente en una residencia para ancianos u hospital, permanentemente confinado en una residencia para ancianos, escuela u otra opción? (indique cuáles):
_____

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Tiene en su casa a un asistente? Escriba el nombre: _____

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Espera que haya cambios en su familia en los próximos 6 meses debido a (encierre en un círculo todas las opciones que correspondan): embarazo, adopción de un niño, obtención de la custodia de un niño, obtención de la custodia conjunta de un niño, recepción de un hijo adoptivo u otra opción? Escriba las fechas de los cambios esperados:

_____

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Usted, o alguna de las personas que ocupará la unidad, recibe actualmente apoyo para el alquiler de parte del HUD o el USDA (vale o como parte de un proyecto)? Si la respuesta es **SÍ** : ☐ USDA ☐ HUD ☐ Otro

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Recibe ayuda de cualquier otra fuente para pagar la renta?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Necesita una unidad de acceso especial y desea estar en la lista de espera de unidades de acceso para personas con problemas de movilidad o deficiencia auditiva o visual?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Usted, o alguna de las personas que ocupará la unidad, está inscrito actualmente como estudiante en una institución de educación superior?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Esta será su residencia principal?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Tiene mascotas?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Tiene un animal de servicio?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Alguno de los integrantes de la familia es veterano del ejército de los EE. UU.?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Todos los integrantes de la familia son ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros con estancia legal? Anote todos los estados en los que hayan vivido alguna vez todos los integrantes de la familia:

_____

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Usted, o alguna de las personas que ocupará la unidad, está obligado a registrarse como agresor sexual en algún estado?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Usted, o alguno de los integrantes de la familia, ha sido desalojado de una vivienda con financiamiento federal debido a actividades delictivas relacionadas con drogas?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Usted, o alguno de los integrantes de la familia, ha sido desalojado por cualquier otro motivo?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Actualmente consume de manera ilegal una sustancia controlada?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Algún integrante de la familia ha sido sentenciado a causa de la fabricación o distribución ilegal de una sustancia controlada?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Alguna vez ha concluido el apoyo que recibe o el arrendamiento en un programa de vivienda subvencionada por fraude, no pagar la renta o no cooperar con los procedimientos de recertificación?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Usted o alguno de los integrantes de la familia ha sido sentenciado por un delito grave, delito menor (que no sea una infracción de tránsito) o delito relacionado con fraude o deshonestidad?

Si la respuesta es **SÍ** : En qué ciudad: _____ Estado: _____ Tipo de condena: _____
Fecha de la condena: _____

Información sobre la vivienda: **Mencione los últimos 5 años (si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separada):**

Se verificarán todos los antecedentes de arrendamiento que mencione. Brinde información detallada sobre el lugar donde vivió en los últimos cinco años. Incluya los lugares donde vivió con amigos, familia o con alguna otra persona; refugios, instituciones, hogares comunitarios e incluya su información de contacto como el "arrendador". Si era propietario de una casa, complete la sección 1, tache las secciones restantes y marque la casilla de lado derecho.

☐ Casa propia

Dirección actual:			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Renta mensual: $	Fechas de residencia De:	A:	Relación: ☐ Arrendador ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Otro
Nombre del arrendador actual:		Teléfono del arrendador actual:	
Dirección del arrendador actual:			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Nombre del arrendador anterior:		Teléfono del arrendador anterior:	
Dirección del arrendador anterior:			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Renta mensual: $	Fechas de residencia De:	A:	Relación: ☐ Arrendador ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Otro
Dirección anterior:			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Nombre del arrendador anterior:		Teléfono del arrendador anterior:	
Dirección del arrendador anterior:			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Renta mensual: $	Fechas de residencia De:	A:	Relación: ☐ Arrendador ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Otro
Dirección anterior:			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información de contacto para emergencias:

En caso de emergencia, comuníquese con:		
Nombre	Dirección	Teléfono

Vehículos:

Marca	Modelo	Año	N.° de licencia
Marca	Modelo	Año	N.° de licencia

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Comprende que sólo las personas mencionadas en esta solicitud pueden vivir en la unidad a menos que obtenga una aprobación previa por escrito de la administración?

☐ **Sí** ☐ **No** ¿Comprende que incluir información falsa o incompleta en esta solicitud es motivo de rechazo de la solicitud o de finalización del arrendamiento?

Syringa PROPERTY MANAGEMENT

INCOME/ASSET QUESTIONNAIRE

Todas las fuentes de ingresos y activos deben divulgarse por completo para evaluar la elegibilidad para los programas de Asistencia Federal de Alquiler. Toda la información se mantendrá confidencial.

Nombre de Apartamentos: _____

Nombre del Solicitante Y número de Unidad: _____

Teléfono: _____

Información de Ingresos: Aborde todas las fuentes de ingresos recibidas por cualquier miembro del hogar. Indique el nombre del miembro del hogar que recibe los ingresos junto a la fuente de ingresos. Si no recibe ninguno, escriba N/A. Todas las fuentes de ingresos a continuación deben ser abordadas.

	Nombre del Solicitante	Fuente de Ingresos	Monto mensual bruto
1.		Seguro Social, SSI o SSDI	$
2.		Apoyo en efectivo (AABD, AFDC or TANF)	$
3.		Timbres para alimentos/Medicaid/Medicare	$
4.		Prestaciones de desempleo/remuneración a trabajadores	$
5.		Manutención a menores/pensión alimenticia	$
5a.	☐ Si ☐ No	¿Tiene la custodia de sus dependientes el 50% o más del tiempo?	
5b.	¿En qué estado se hace cumplir la manutención de los hijos?		
6.		Pensión, prestaciones para veteranos, seguro de vida, anualidades	$
7.		Ingresos Estudiantiles (subvenciones becas o apoyo financiero)	$
8.		Manutención para la familia	$
9.		¿Facturas o artículos pagados por otra persona en su nombre? (Ins. de automóvil, Pago de automóvil, teléfono celular, factura de cable, artículos de tocador, etc.)	$
10.		Auto-Empleo	$
11.		Otros, por ejemplo, sueldo militar, ingreso por rentas inmobiliarias, profesionista independiente.	$

Información de Empleo:

12. ☐ Si ☐ No ¿Algún miembro del hogar recibe una parte sustancial de sus ingresos de la producción primaria de productos agrícolas o acuícolas o del manejo de los mismos productos en la etapa no procesada? Esto incluye a cualquier persona que esté jubilada o discapacitada, pero que era un trabajador agrícola doméstico al momento de jubilarse o quedar discapacitada. Los ejemplos incluyen: trabajadores agrícolas, trabajadores de campo, trabajadores de procesamiento de alimentos, transportistas que transportan productos al mercado, carniceros.

13. ☐ Si ☐ No ¿Algún miembro del hogar está actualmente empleado? En caso afirmativo, enumere todos los empleadores actuales a continuación. Use páginas adicionales si es necesario.

Patrón: #1	Miembro del Hogar:	Empleador:		Nombre de contacto/Número de teléfono:
	Fechas de empleo:	Salarios Mensuales: $	Propinas Mensuales: $	Comisiones Mensuales: $
Patrón: #2	Miembro del Hogar:	Empleador:		Nombre de contacto/Número de teléfono:
	Fechas de empleo:	Salarios Mensuales: $	Propinas Mensuales: $	Comisiones Mensuales: $

Información de Activos: Aborde todos los activos en poder de cualquier miembro del hogar a continuación. Incluya los bienes que son de propiedad conjunta.

		Posesion Capital	Balance	Numero de Cuenta	Nombre Bancario
14.	☐ **Si** ☐ **No**	¿Algún miembro del hogar vendió o se deshizo de algún activo por menos del valor justo de mercado en los últimos dos años? Ejemplos: obsequios a amigos/familiares, contribuciones benéficas, bienes raíces, etc.			
15.	☐ **Si** ☐ **No**	Cuenta de Cheques	$		
16.	☐ **Si** ☐ **No**	Cuenta de Cheques	$		
17.	☐ **Si** ☐ **No**	Cuenta de Ahorros	$		
18.	☐ **Si** ☐ **No**	Cuenta de Ahorros	$		
19.	☐ **Si** ☐ **No**	Cuenta de CD	$		
20.	☐ **Si** ☐ **No**	Cuenta de Mercada de dinero	$		
21.	☐ **Si** ☐ **No**	Seguro de Vida Entera	$		
22.	☐ **Si** ☐ **No**	Inversiones, Acciones, Bonos, IRA	$		
23.	☐ **Si** ☐ **No**	Anualidades	$		
15.	☐ **Si** ☐ **No**	Cuentas fiduciarias	$		

15.	☐ **Si** ☐ **No**	Bienes raíces	$		
15.	☐ **Si** ☐ **No**	Dinero en Efectivo	$		
15.	☐ **Si** ☐ **No**	Otras Posesiones	$		
15.	☐ **Si** ☐ **No**	Tarjetas de efectivo recargables	$		

Información Adicional:

29. ☐ Si ☐ No ¿Recibe ayuda para pagar el alquiler de alguna otra fuente? Si es así, especifique _____

30. ☐ Si ☐ No ¿Recibe asistencia para pagar sus facturas de servicios públicos de alguna agencia u otra fuente? Si es así, especifique _____

Deducciones: en algunos casos, se pueden permitir ciertas deducciones. Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hogar califica para estas deducciones.

31. ☐ Si ☐ No ¿Paga el cuidado de los niños mientras trabaja o asiste a la escuela? En caso afirmativo, indique el nombre y el número de teléfono de los proveedores de cuidado Infantil _____

32. ☐ Si ☐ No ¿Recibe usted reembolso estatal por cuidado de niños?

33. ☐ Si ☐ No ¿Algún miembro del hogar califica para la deducción por edad avanzada? Esto se define como la edad de 62 años o más o una persona con discapacidades.

33. ☐ Si ☐ No ¿Si respondió Sí a la pregunta #33, ¿tiene gastos médicos que no son pagados por una fuente externa como un seguro? _____

Yo/nosotros testificamos que la unidad habitacional servirá como la única residencia de la familia. Por medio del presente juro que, a mi leal saber y entender, la información que aparece arriba es verdadera, correcta y está completa. Otorgo mi consentimiento para que la administración verifique la información de esta solicitud a fin de comprobar si reúno los requisitos para ocupar la vivienda. Cuando corresponda, proporcionaré toda la información necesaria, lo que incluye nombres de fuentes, direcciones, números de teléfono, números de cuenta y cualquier otra información necesaria para facilitar este proceso. Además, certifico que no tengo previsto que haya cambios en la información proporcionada arriba o en la solicitud adjunta. En caso de que mi información cambie inesperadamente o de alguna otra forma, lo comunicaré de inmediato a la administración. De no hacerlo, esto puede causar una demora en el proceso de ocupación de la vivienda, o bien mi solicitud para ocupar una vivienda puede quedar cancelada del todo.

Firma del solicitante **Fecha**

Firma del cosolicitante **Fecha**

Firma del cosolicitante **Fecha**

Firma del cosolicitante **Fecha**

NOTA: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. considera un delito toda declaración falsa ante cualquier departamento de los organismos de los Estados Unidos, en cuanto a cualquier asunto dentro de su jurisdicción.