



## Apartamentos Academy Place

1 School Street; Gowanda, Nueva York 14070

Teléfono: (716) 817-9090

Sitio web [people-inc.org](http://people-inc.org)

Se adjunta una solicitud para los Apartamentos Academy Place, que se encuentran en 1 School Street; Gowanda, Nueva York. Esta solicitud debe completarse en su totalidad y deben firmarla todas las personas mayores de 18 años, lo que certifica que toda la información pertinente a ellos es correcta. No se procesarán solicitudes incompletas, incluidos formularios de autorización que requieren fechas y firmas.

### Criterios de elegibilidad:

1. El jefe de familia debe tener 62 años o más.
2. Los apartamentos reservados estarán disponibles para el jefe de familia con 62 años de edad o más, y que, además:
  - lo hayan diagnosticado como "anciano frágil";
  - sea un solicitante actual en una lista de espera de vivienda pública o subsidiada; o
  - la vivienda actual no cumpla con los estándares básicos de salud y seguridad.
3. Debe cumplir con los límites de ingresos anuales según la cantidad de personas en el grupo familiar.
4. El grupo familiar puede constar de una o dos personas por dormitorio.

Todas las solicitudes se procesarán en el orden de la fecha de recepción y para cumplir con la elegibilidad preliminar se usará la información que usted brinde. Los solicitantes recibirán una cita para una entrevista si hay apartamentos disponibles, o bien se les notificará por escrito si se los coloca en lista de espera. Si se determina que el solicitante no es elegible, se le proporcionará el motivo de la determinación por escrito y tendrá 14 días para apelar el rechazo, si cuestiona la decisión.

Que se le otorgue una entrevista NO garantiza que se le ofrecerá un apartamento.

**Envíe por correo o entregue su solicitud completada a "Academy Place Apartments", en la dirección antes mencionada.** El personal de administración brindará asistencia a cualquier persona que la pida para completar su solicitud. Se harán adaptaciones razonables para todas las personas con discapacidades o desventajas. Si necesita ayuda para completar su documentación, comuníquese con nuestra oficina al (716) 817-9090.

**Tenga en cuenta que los Apartamentos Academy Place de People Inc. son libres de humo.**

Gracias.





Para uso de la administración: Fecha de recepción: _____ Hora de recepción: _____ Característica especial solicitada: Silla de ruedas, audición, visión	Recomendado por: <input type="checkbox"/> Amigo, pariente <input type="checkbox"/> Organismo <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> TV o radio <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--

Me interesa la siguiente cantidad de dormitorios:       **Uno (1)**       **Dos (2)**

**Información del grupo familiar:**

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Vínculo con el jefe de familia	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estudiante a tiempo completo SÍ/NO	Ciudadano estadounidense SÍ/NO
1.	Jefe de familia				
2.					
3.					
4.					

Dirección actual: (no se acepta casilla postal)

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_ Teléfono durante la noche: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Responda todas las preguntas:**

**Sí      No**

- ¿Espera que se sume alguien al grupo familiar en los próximos doce meses?  
 De ser así, nombre y vínculo: \_\_\_\_\_  
 Explicación: \_\_\_\_\_
- ¿Recibe servicios de la "**Iniciativa de Vivienda Solidaria**" (SHI, por sus siglas en inglés) (proporcionada por Healthy Community Alliance)? (Anciano frágil)
- ¿Requiere una unidad con características especiales debido a una discapacidad?  
 Si es así, encierre con un círculo la respuesta apropiada:  
 silla de ruedas, discapacidad visual, discapacidad auditiva
- ¿Vive en la actualidad en una **vivienda deficiente**?  
 Nombre del organismo que puede verificar su situación de vida actual: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- ¿En la actualidad está en una "**lista de espera de vivienda subsidiada**"?  
 En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Su familia estará recibiendo **asistencia para la renta** al momento de trasladarse aquí?  
 Organismo que proporciona el cupón: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- ¿Usted o algún otro miembro del grupo familiar necesitan un **ayudante residente**?  
 Nombre del ayudante residente: \_\_\_\_\_

- |  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. ¿Tiene custodia total de los niños mencionados en esta solicitud?<br>Si no es así, explique los acuerdos de custodia: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Alguna vez lo han condenado por un delito?<br>De ser así, explique: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Indique si lo han condenado a usted o a alguna otra persona nombrada en esta solicitud por alguno de los siguientes delitos: |                          |                          |
| ▪ Venta o fabricación de drogas ilegales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ ¿Está sujeto al programa de registro de delincuentes sexuales de por vida?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha vivido alguna vez en otro estado, además de Nueva York? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No              |                          |                          |
| • En caso afirmativo, mencione todos los estados en los que ha vivido antes: _____   |                          |                          |

¿Declara una discapacidad para la que requiere una unidad accesible? (Nota: requerirá verificación antes de la adaptación)

**Solicitante 1**    Sí    No      **Solicitante 2**    Sí    No

O detalle qué adaptaciones razonables (modificaciones al apartamento) solicitaría por cualquier otro tipo de discapacidad.

---



---

Mencione las viviendas de los últimos CINCO (5) AÑOS:

Dirección	Fechas
1.	Ingresó: _____ Se fue: _____
2.	Ingresó: _____ Se fue: _____
3.	Ingresó: _____ Se fue: _____
4.	Ingresó: _____ Se fue: _____
5.	Ingresó: _____ Se fue: _____

*Nota: Si necesita más espacio, use el reverso de esta página.*

**Información de ingresos:**

Los ingresos de empleo cuentan para cualquier persona de 18 años o más. Sin embargo, si no es un ingreso producto del trabajo, tal como una subvención o un beneficio, cuenta para todos los miembros del grupo familiar, incluidos los menores. Anote el monto en dólares en el espacio proporcionado.

Escriba **Sí** o **No** para cada elemento de ingresos mencionado a continuación que **anticipa** para los próximos 12 meses:

Indique si USTED o CUALQUIER PERSONA en su grupo familiar reciben o esperan recibir ingresos de:

Tipo de fuente de ingresos	Sí / No	Nombre del miembro del grupo familiar	Fuente de ingresos	Monto y frecuencia
Empleo				
Seguro Social				
Ingreso Suplementario de Asistencia pública				
Beneficios de desempleo				
Manutención de hijos				
Pensión alimentaria o Indemnización laboral				
Pensión o anualidad				
Beneficios por discapacidad				
Beneficios de veterano				
Trabajador autónomo				
Trabajo por efectivo				
Pago del Ejército				
Indemnización por despido				
Herencia				
Ganancias en la lotería				
Pagos globales con intereses				
Ingresos por alquiler				
Dividendos del seguro de				
Aportes de amigos o familiares				
Otros ingresos no mencionados aquí				
Si es así, explique:				

**Información sobre activos:** Marque **Sí** o **No** para cada elemento de activo que posea mencionado a continuación; *incluya el valor actual del activo en el espacio provisto.*

<b>Activo</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Valor actual</b>	<b>Activo</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Valor actual</b>
Cuenta corriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Acciones o bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fondos de inversión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Certificados de depósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cuentas fiduciarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cuenta de retiro individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro tipo de jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bienes raíces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Efectivo en mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cuenta funeraria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Cualquier activo del que se haya desprendido en los últimos dos (2) años:  Sí  No  
 De ser así, explique: \_\_\_\_\_

- |   | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Usted o algún otro miembro del grupo familiar esperan cambios en sus ingresos en los próximos 12 meses? De ser así, explique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usted o algún otro miembro adulto de su grupo familiar declara un ingreso de CERO? Si es así, nombre del miembro: _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Información de estudiante:**

¿Alguien en su grupo familiar (incluidos los menores de edad) en la actualidad es estudiante de tiempo completo o parcial, o planifica serlo en los próximos 12 meses?  Sí  No

Si es así, indique quién, marque su condición e indique el nombre de la institución educativa:  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Condición: Tiempo completo \_\_\_\_\_ o parcial \_\_\_\_\_ Nombre de la institución educativa: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Condición: Tiempo completo \_\_\_\_\_ o parcial \_\_\_\_\_ Nombre de la institución educativa: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Condición: Tiempo completo \_\_\_\_\_ o parcial \_\_\_\_\_ Nombre de la institución educativa: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Condición: Tiempo completo \_\_\_\_\_ o parcial \_\_\_\_\_ Nombre de la institución educativa: \_\_\_\_\_

Si todos los miembros del grupo familiar son estudiantes, responda lo siguiente:

- |   | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Usted es un padre o una madre solteros con hijos, y ni usted ni sus hijos están a cargo en la declaración de impuestos de otra persona?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Está casado y es elegible para presentar una declaración de impuestos federal   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Recibe asistencia del programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Estuvo antes en un programa de adopción temporal?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Está inscrito en un programa federal de capacitación laboral u otro similar local, del condado o estatal?<br>Si es así, nombre del contacto: _____ N.º de teléfono: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez ha usado un número de Seguro Social diferente?<br>Si es así, anótelo aquí: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Vehículo**

Mencione cualquier automóvil, camión u otro vehículo de su propiedad. **Máximo permitido: 1 vehículo por arrendatario.**

Tipo de vehículo: \_\_\_\_\_ Año y marca: \_\_\_\_\_ N.º de placa: \_\_\_\_\_  
Color: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de inscripción: \_\_\_\_\_

Tipo de vehículo: \_\_\_\_\_ Año y marca: \_\_\_\_\_ N.º de placa: \_\_\_\_\_  
Color: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de inscripción: \_\_\_\_\_

**Información sobre mascotas**

¿Tiene alguna mascota?  Sí  No

En caso afirmativo, describa su tipo y peso (25 libras o menos): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Todas las preguntas que se respondieron en forma afirmativa se verificarán mediante un tercero que sea una fuente apropiada. Será su responsabilidad proporcionar a la administración toda la información requerida para el correcto procesamiento de su solicitud y para verificar su elegibilidad. Ejemplo: tarjeta de Seguro Social; certificación de edad, etc.

Deberá incluir nombres, direcciones, números de teléfono y fax, números de cuenta para activos cuando corresponda, y cualquier otra información requerida para agilizar este proceso.

A todos los solicitantes calificados se les adjudicará igualdad de oportunidades sin discriminación por raza, color, religión, situación familiar, credo, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad ni estado civil.

**Información para fines de monitoreo del Gobierno**

El Gobierno federal solicita la siguiente información para monitorear el cumplimiento de las leyes de vivienda justa. No está obligado a proporcionarla, pero es recomendable que lo haga. La administración de Academy Place no puede discriminar a causa de esta información ni por el hecho de que decida o no proporcionarla. Todos los datos de identificación son estrictamente confidenciales.

Si no desea proporcionar la siguiente información, coloque sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_.

Solo para el jefe de familia: marque todas las opciones que correspondan

***Identidad de género:***

- Femenino  Masculino
- No binario  Transgénero
- Prefiero autodescribirme \_\_\_\_\_
- Prefiero no decirlo

***Raza:***

- Negra o afroamericana
- Blanca
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiática
- Nativo de Hawái o islas del Pacífico
- Dos o más razas
- No está en la lista \_\_\_\_\_
- Prefiero no decirlo

***Origen étnico:***

- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino
- No está en la lista \_\_\_\_\_
- Prefiero no decirlo

## Cláusulas de firma

Entiendo que la **administración de People Inc.** confía en la información que he proporcionado con el fin de probar la elegibilidad de mi familia para el programa de Crédito Fiscal para Viviendas de Bajos Ingresos. Certifico que toda la información y las respuestas aquí suministradas son verdaderas y completas según mi leal saber y entender. **Otorgo mi consentimiento para divulgar la información necesaria con el fin de determinar mi elegibilidad, y acepto que proporcionar información falsa o realizar declaraciones inexactas puede motivar que rechacen mi solicitud.** También entiendo que tal acción puede tener como resultado sanciones penales.

Otorgo mi consentimiento para que la **administración de People Inc.** verifique la información contenida en esta solicitud a los fines de probar mi elegibilidad para la ocupación. Proporcionaré todos los datos necesarios, incluidos nombres de fuentes, direcciones, números de teléfono y números de cuenta cuando corresponda, y cualquier otra información requerida para agilizar este proceso. Autorizo a la administración de People Inc. a obtener informes de oficinas de crédito y de antecedentes penales, y entiendo que la ocupación depende de que cumpla los criterios de selección de arrendatarios de Academy Place para este programa.

Nombre del solicitante jefe de familia en imprenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante jefe de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

N.º de identificación de licencia de conducir (u otro documento) \_\_\_\_\_  
-----

Nombre del cosolicitante en imprenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

N.º de identificación de licencia de conducir (u otro documento) \_\_\_\_\_  
-----

Nombre del cosolicitante en imprenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

N.º de identificación de licencia de conducir (u otro documento) \_\_\_\_\_  
-----

Nombre del cosolicitante en imprenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

N.º de identificación de licencia de conducir (u otro documento) \_\_\_\_\_

Revisado el 20/ENE/2020



