



## **Solicitud para BAWNY Excelsior Apartments**

La solicitud adjunta debe ser completada en su totalidad, **firmada y fechada por todas las personas mayores de 18 años, incluida la última página: Suplemento a la Solicitud de Vivienda con Asistencia Federal**, en la que se solicitan los datos de su persona de contacto.

- Todas las solicitudes se tramitan en el orden en que se vayan recibiendo.
- Todos los apartamentos de People Inc. son libres de tabaco.

### **Nuestro programa**

El programa PRAC 811 permite a las personas discapacitadas vivir de la forma más independiente posible en la comunidad subvencionando viviendas de alquiler que ofrecen acceso a servicios de apoyo adecuados.

### **Criterios de admisibilidad**

1. El jefe de familia **debe tener al menos 18 años y ser discapacitado**. El hogar puede estar formado de una a cuatro personas, una o dos personas por dormitorio.
2. Los ingresos anuales no pueden superar los límites federales de ingresos a partir del 1/4/2025:
  - 1 persona: \$35.350 anuales
  - 2 personas: \$40.400 anuales
  - 3 personas: \$45.450 anuales
  - 4 personas: \$50.500 anuales
3. Hay preferencias para las personas con discapacidad visual o sin hogar.

Envíe su solicitud completada, firmada y fechada a:

**BAWNY Excelsior Apartments**  
**130 Central Avenue**  
**Buffalo, NY 14206**

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con el proceso de solicitud, póngase en contacto con nuestro especialista en admisiones llamando al 716.880.3890.

**ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO DE OFICINA**  
 Fecha de recepción de la solicitud: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_  
 Recibido por: \_\_\_\_\_  
 1 or 2 dormitorios  
 Tipo de unidad accesible solicitada:  
 Silla de ruedas/Audición/Visión



## SOLICITUD PARA BAWNY EXCELSIOR APARTMENTS

Remitido por:

- Amigo/familiar: \_\_\_\_\_  Emisora de radio: (enumere) \_\_\_\_\_  
 Cadena de televisión: (enumere) \_\_\_\_\_  Periódico: (enumere la publicación) \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_  Evento comunitario: \_\_\_\_\_

Haremos los ajustes razonables para que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades de acceso a este documento y puedan usar y disfrutar de la comunidad de viviendas. Si necesita ayuda para entender esta solicitud, notifíquelo a la oficina a la que presenta la solicitud para que le brinden asistencia.

Este formulario debe completarse en su totalidad utilizando el nombre legal correcto de cada persona que vaya a residir en la unidad, tal como aparece en la tarjeta del Seguro Social. Todas las personas mayores de 18 años deben firmar y certificar que la información relativa a las mismas es correcta. El hecho de que el solicitante o solicitantes no firmen esta solicitud constituye un motivo de denegación o de elegibilidad. Si alguna parte no se aplica a su caso, escriba N/A en esa sección.

### Información de contacto del solicitante

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) nos exige que incluyamos y solicitemos que se envíe el Formulario de contacto en caso de emergencia (HUD92006) adjunto con todas las solicitudes de vivienda. Llene este formulario e incluya a cualquier persona de contacto alternativa a la que podamos contactar en caso de que no podamos ponernos en contacto con usted directamente.

- Si desea que la persona alternativa reciba una copia de toda la correspondencia que se le envíe, marque esta casilla.

Miembro	Apellidos; Nombre; Inicial del segundo nombre	Relación con el jefe de familia	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social
1.		JEFE		
2.				
3.				
4.				

*Los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social y el de todos los miembros de la casa del solicitante, excepto aquellos miembros de la casa que no aleguen un estatus de inmigración elegible, o que no tengan un número de la Seguro Social y tuvieran 62 años o más el 31/01/2010 y estuvieran recibiendo asistencia para el alquiler del HUD en otro lugar el 31/01/2010.*

**Tamaño de los dormitorios:**  Uno (1)  Dos (2) (requisitos de ocupación 1 dormitorio 1 mín. 2 máx. dormitorio 2 mín. 4 máx.)

**¿Es usted discapacitado?**  Sí  No (personas con discapacidad física, discapacidad del desarrollo o enfermedad mental crónica)

**Preferencias de la propiedad** (serán verificadas por terceros)

¿Es usted una persona sin hogar?  Sí  No

¿Tiene alguna discapacidad visual?  Sí  No

¿Cuál es su idioma de preferencia? \_\_\_\_\_

**Ingreso bruto actual**

Ingresos	Monto	Semanal/Mensual/Anualmente	Nombre del miembro
Seguridad Social (SSI/SSD)			
Suplemento estatal (SSP)			
Empleo			
Desempleo			
Pensión			
Asistencia pública (TANF)			
Manutención			
Otros			

**Bienes actuales**

Bien	Fuente	Importe actual	Nombre del miembro
Cuenta de cheques			
Cuenta de ahorro			
Direct Express			
Efectivo			
Seguro de vida			
Acciones/Bonos/CD			
Cuenta de sepelio			
Bienes raíces			
Otros			

¿Ha enajenado o transferido bienes en los últimos 2 años?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_

**Información general** (Responda a todas las preguntas que se refieran al solicitante y a todos los miembros de la casa)

Situación de vida actual: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio? \_\_\_\_\_

Situación de vida anterior: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio? \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente una ayuda para el alquiler?  Sí  No

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene una deuda con una empresa de servicios públicos?  Sí  No

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado alguna vez por producción de metanfetamina en el hogar?

Sí  No En caso afirmativo, qué miembro: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de la unidad familiar está sujeto al programa de registro de delincuentes sexuales de por vida?

Sí  No En caso afirmativo, qué miembro: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro del hogar tiene mascota?  Sí  No (la mascota debe pesar 25 libras o menos)

En caso afirmativo, descríbala: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar ha solicitado o vivido en un departamento de People Inc. anteriormente?

Sí  No En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Ha vivido alguna vez en otro estado además de Nueva York?  Sí  No

En caso afirmativo, indique todos los estados en los que ha vivido anteriormente: \_\_\_\_\_

### Información de estudiantes

¿Alguno de los miembros de su hogar (incluidos los menores) es actualmente estudiante a tiempo completo o parcial o tiene previsto serlo en los próximos 12 meses?  Sí  No

En caso afirmativo, indique quiénes son; marque su estatus; e indique el nombre de la escuela:

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado: Tiempo completo \_\_\_\_\_ o parcial \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado: Tiempo completo \_\_\_\_\_ o parcial \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado: Tiempo completo \_\_\_\_\_ o parcial \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado: Tiempo completo \_\_\_\_\_ o parcial \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene una discapacidad tal como se define en el artículo 223 de la Ley de la Seguridad Social?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿usted o algún miembro de su hogar necesita una adaptación razonable?  Sí  No En caso afirmativo, indíquelo: \_\_\_\_\_

Si usted o algún miembro de su familia padece una discapacidad, tal y como se define en el artículo 223 de la Ley de Seguridad Social, indique a continuación cómo podemos adaptarnos a sus necesidades. Si procede, incluya las características especiales de la unidad que puedan ser necesarias. Una adaptación razonable puede ser, por ejemplo, una unidad que cuente con acceso para sillas de ruedas, con barras de sujeción, tener un animal de servicio, etc.

---

---

---

## Demografía de las casas

La siguiente información es solicitada por el Gobierno Federal con el fin de supervisar el cumplimiento de las leyes de vivienda justa. No está obligado a facilitar esta información, pero se le anima a hacerlo. People Inc. no puede discriminar por razón de esta información, ni por el hecho de que usted decida proporcionarla. Todos los datos identificativos son estrictamente confidenciales.

<u>Códigos de carrera</u>	<u>Códigos étnicos</u>	<u>Códigos de género</u>
1. Blanco 2. Negro/afroamericano 3. Indio americano/nativo de Alaska 4. Asia 5. Nativo de Hawái/Islands del Pacífico 6. Otros	1. Hispano /Latino 2. No hispano o latino	F. Mujer M. Hombre N. No binario T. Transgénero D. Prefiere autodescribirse N/A Prefiero no decirlo

Miembro	Número de código de raza 1, 2, 3, 4, 5 o 6	Código de etnia 1 o 2	Género F, M, N, T, D, N/A
1.			
2.			
3.			
4.			

*Es ilegal discriminar en la venta o alquiler de viviendas, incluidas las personas que solicitan una hipoteca o asistencia para la vivienda, o en otras actividades relacionadas con la vivienda. La Ley de Equidad de Vivienda prohíbe esta discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, situación familiar y discapacidad. Otras leyes federales sobre derechos civiles, como el Título VI de la Ley de Derechos Civiles, el Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, prohíben la discriminación en los programas y actividades de desarrollo comunitario y de la vivienda, en particular los que reciben financiamiento del HUD. Estas leyes de derechos civiles incluyen obligaciones tales como tomar medidas razonables para garantizar un acceso significativo a sus programas y actividades a las personas con un dominio limitado del inglés (LEP) y tomar las medidas apropiadas para garantizar una comunicación eficaz con las personas con discapacidad mediante la prestación de ayudas y servicios auxiliares adecuados. Diversas leyes federales sobre vivienda justa y derechos civiles exigen que el HUD y los participantes en sus programas promuevan afirmativamente los fines de la Ley de Equidad de Vivienda.*

## Autorización General de Verificación

Por la presente autorizo a People Inc. o cualquier corporación que patrocine a obtener toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad y elegibilidad continua para dicha asistencia de vivienda, incluyendo, entre otros, la información sobre la composición familiar, ingresos, activos, deducciones, antecedentes penales, atrasos de manutención infantil y cualquier otro elemento determinado por la ley o reglamento aplicable.

Cualquier institución financiera, empleador o empleador anterior, fiscal general para información de manutención de menores, arrendador o arrendador anterior, farmacia, médico, hospital, proveedor de cuidado infantil, acreedor, agencia de cumplimiento de la ley, compañía de servicios públicos, agencia del condado, estatal o federal, o programa de vivienda asistida puede basarse en esta divulgación, y por la presente se ordena a todas estas personas o entidades que entreguen la información solicitada sin más autorización. Este formulario seguirá siendo válido y podrá utilizarse en cualquier momento, a discreción de People Inc., mientras yo sea solicitante o inquilino de People Inc. Programa de departamentos para personas mayores.

Una copia de este formulario completada y ejecutada tendrá la misma fuerza y efecto que una copia original firmada.

---

**Firma del jefe de familia**

**Nombre en letra de molde**

**Fecha**

---

**Permiso de conducir o n.º de identificación de no conductor**

**Estado**

**\* Todo fiador mayor de 18 años debe firmar a continuación:**

---

**Firma del jefe del hogar n.º 2**

**Nombre en letra de molde**

**Fecha**

---

**Permiso de conducir o n.º de identificación de no conductor**

**Estado**

---

**Firma del jefe del hogar n.º 3**

**Nombre en letra de molde**

**Fecha**

---

**Permiso de conducir o n.º de identificación de no conductor**

**Estado**

---

**Firma del jefe del hogar n.º 4**

**Nombre en letra de molde**

**Fecha**

---

**Permiso de conducir o n.º de identificación de no conductor**

**Estado**

"Título 18, Sección 1001 del Code de los EE. UU. establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer a sabiendas y voluntariamente la declaración falsa o fraudulenta a cualquier departamento de Gobierno de los EE.UU. El HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado del HUD o del propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o uso indebido de la información recopilada con base en este formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada a partir de este formulario de verificación está restringido a los fines citados anteriormente. Toda persona que, a sabiendas o voluntariamente, solicite, obtenga o divulgue cualquier información de forma fraudulenta sobre un solicitante o participante podrá ser castigada con un delito menor o una multa no superior a 5.000 dólares. Todo solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información, podrá iniciar una acción civil por daños y perjuicios, y solicitar otras reparaciones que resulten apropiadas, contra el funcionario o empleado del HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido. Las disposiciones sancionadoras por hacer un uso indebido del número de Seguro Social figuran en el artículo 208 (a) (6) (7) y (8) de la "Ley de la Seguridad Social". Infracciones del 42 U.S.C. 408(a) (6) (7) y (8)".

