



APARTAMENTOS PARA ADULTOS MAYORES DE PEOPLE INC.

- La solicitud adjunta debe completarse en su totalidad y fecharse, y deben firmarla todas las personas mayores de 18 años.
- Todas las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben.
- Tenga en cuenta lo siguiente: **TODOS** los apartamentos para adultos mayores de People Inc. Son libres de humo.

Criterios de elegibilidad:

1. El jefe de familia debe tener 62 años o más al momento en que se recibe la solicitud. El grupo familiar puede constar de una o dos personas.
2. Los ingresos anuales no pueden superar los límites de ingresos federales vigentes al 1/ABR/2020:
1 persona: \$27,200/año o \$2,266/mes
2 personas: \$31,050/año o \$2,587/mes

TODAS LAS PÁGINAS DEBEN completarse en su totalidad, **incluida la página 5: Complemento de la Solicitud de Vivienda con Asistencia Federal**, en la que se solicita información de su persona de contacto. Las **páginas 4 y 5 (Complemento de la Solicitud de Vivienda con Asistencia Federal)** **DEBEN** estar firmadas y con fecha cuando corresponda; de lo contrario, su solicitud le será devuelta como incompleta.

Envíe por correo su solicitud completa, firmada y fechada al lugar al que realiza la solicitud. Si realiza solicitudes para más de un lugar, indique en este documento a qué sitios las realiza y envíeme su solicitud completada a la dirección que se indica a continuación. Hay una lista de direcciones de sitios en la última página de este paquete de solicitud. **NO** envíe ningún documento adicional junto con la solicitud.

Para obtener más información, llame al 716-817-9090 o visite nuestro sitio web: people-inc.org. Gracias por su interés en los apartamentos para adultos mayores de People Inc.

Atentamente,
Especialista en Admisión

Apartamentos para adultos mayores 280 Spindrift Drive Williamsville NY 14221

Teléfono: 716-817-9090 **Fax:** 716-817-9122 **Correo electrónico:** SeniorLiving@people-inc.org **Sitio web:** people-inc.org



ESTA SECCIÓN SOLO PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN
Fecha de recepción de la solicitud: _____
Hora: _____
Recibida por: _____
Tipo de unidad accesible solicitada:
Silla de ruedas, audición, visión



SOLICITUD DE APARTAMENTOS PARA ADULTOS MAYORES DE PEOPLE INC.

Nombre del lugar al que realiza la solicitud (indique si son más de uno): _____

Recomendado por:

- Amigo o familiar: _____ Estación de radio: (nombre) _____
 Canal de televisión: (nombre) _____ Periódico: (nombre) _____

Brindaremos asistencia a las personas con una dificultad o discapacidad para garantizar el acceso equitativo a este documento. Si necesita ayuda para entender esta solicitud, notifique a la oficina a la que la presenta para coordinar que lo asistan.

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.

Si el solicitante no firma esta solicitud será motivo de rechazo o pérdida de elegibilidad.

Complete este formulario de puño y letra, con tinta. Use el nombre legal correcto de cada persona que residirá en la unidad tal como figura en su tarjeta de Seguro Social. Si alguna parte no le corresponde, escriba N/C en esa sección.

I. Información de contacto del solicitante

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (*no se aceptan casillas postales*): _____

ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____ Género: _____

El HUD nos exige que incluyamos y solicitemos que se envíe el formulario de contacto de emergencia adjunto (HUD92006) con todas las solicitudes de vivienda. Complete ese formulario e incluya a cualquier persona de contacto alternativa a la que se pueda contactar en caso de que no podamos comunicarnos con usted directamente.

- Si desea que su contacto alternativo reciba una copia de toda la correspondencia que se le envíe, marque esta casilla.

Mencione a todas las personas que vivirán en la unidad:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Género	Vínculo con el jefe de familia	N.º de Seguro Social
----------	---------------	----------------------------	--------	--------------------------------	----------------------

II. Ingresos brutos actuales

	Solicitante 1	Solicitante 2
Pago bruto de Seguro Social por mes	\$ _____	\$ _____
Ingreso de seguridad complementario por mes	\$ _____	\$ _____
Ingresos brutos de pensiones por mes	\$ _____	\$ _____
Ingresos brutos de empleo por mes	\$ _____	\$ _____
Ingresos por pensión alimentaria o manutención	\$ _____	\$ _____

Otros (beneficios por desempleo, asistencia pública, aportes monetarios de otras personas que no viven con usted, etc.) _____

III. Activos actuales

	Solicitante 1	Solicitante 2
Valor total de acciones	\$ _____	\$ _____
Valor total de bonos	\$ _____	\$ _____
Valor total de certificados de depósito	\$ _____	\$ _____
Valor de mercado de inmuebles (incluye parcelas de sepultura, bóvedas o	\$ _____	\$ _____
Monto hipotecado de bienes inmuebles	\$ _____	\$ _____
Valor total de otros activos (efectivo, fideicomisos, seguros de vida, etc.)	\$ _____	\$ _____

IV. Activos bancarios

	Solicitante 1	Solicitante 2
Cuenta corriente	\$ _____	\$ _____
Cuenta de ahorros	\$ _____	\$ _____
Mercado monetario	\$ _____	\$ _____
Cuenta funeraria	\$ _____	\$ _____
Otra	\$ _____	\$ _____

¿Se ha desprendido de activos o los ha transferido en los últimos 2 años? Yes No

Si es así, ¿qué eran? _____

V. Información general (responda todas las preguntas que correspondan al solicitante o cosolicitante)

Situación de vida actual: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

¿Cuánto tiempo ha estado en esa dirección? _____

Situación de vida anterior: _____

Dirección: _____

¿Cuánto tiempo ha estado en esa dirección? _____

¿Recibe asistencia en la actualidad para la renta? Sí No

De ser así, explique: _____

¿Tiene una deuda con una empresa de servicios públicos? Sí No

De ser así, explique: _____

¿Lo han condenado alguna vez por un delito? Yes No

De ser así, explique: _____

¿Está sujeto al programa de registro de delincuentes sexuales de por vida? Sí No

¿Tiene una mascota? Sí No (debe pesar 25 libras o menos)

En caso afirmativo, descríbala: _____

¿Alguna vez ha solicitado o vivido en un apartamento para adultos mayores de People Inc.?

Sí No En caso afirmativo, ¿dónde? _____

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

En caso afirmativo, mencione todos los estados en los que ha vivido antes: _____

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 situación 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: _____

¿Declara tener una discapacidad que requiere una **unidad accesible para sillas de ruedas** que cuente con ducha a ras del suelo, refrigerador de lado a lado, alacenas y estantes bajos? (Nota: Será necesario verificarlo antes de la adaptación)

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

O: ¿qué adaptaciones razonables (modificaciones al apartamento) solicitaría para cualquier otro tipo de discapacidad?

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. People Inc. no puede discriminar a causa de esta información ni por el hecho de elegir proporcionarla o no. Todos los datos de identificación son estrictamente confidenciales.

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

Identidad de género:

- Femenino
 No binario

- Masculino
 Transgénero

Raza:

- Negra o afroamericana
 Blanca
 Indígena americano o nativo de Alaska
 Asiática
 Nativo de Hawái o las 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

LEA EN DETALLE LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR

Tenga en cuenta que la información de esta aplicación podrá compartirse con otros apartamentos de People Inc. Cualquier tergiversación u ocultamiento intencional de un hecho concreto que pudiera afectar la elegibilidad para la admisión se considerará motivo de terminación del contrato de arrendamiento y desalojo. Por lo tanto, declaro que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender.

Entiendo que los apartamentos de People Inc. son libres de humo.

Firma: _____ Fecha: _____

DIVULGACIÓN GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA VERIFICACIÓN

Por la presente autorizo a People Inc. o cualquier corporación patrocinante a obtener toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad y su continuidad para la asistencia de vivienda, incluida, entre otras, información sobre la composición familiar, ingresos, activos, deducciones, antecedentes penales, retrasos en manutención de menores, y cualquier otro elemento determinado por la ley o normativas vigentes.

Esta divulgación puede utilizarla cualquier institución financiera, empleador actual o anterior, fiscal general para obtener información sobre manutención infantil, arrendador actual o anterior, farmacia, médico, hospital, proveedor de cuidado infantil, acreedor, organismo policial, empresa de servicios públicos, organismo del condado, del estado o federal, o programa de vivienda asistida, y por la presente ordeno a todas esas personas o entidades que entreguen cualquier información solicitada sin autorización adicional. Este formulario seguirá siendo válido y se puede utilizar en cualquier momento, a criterio de People Inc., siempre que yo sea un solicitante o arrendatario de esa entidad. Programa de apartamentos para adultos mayores.

Una copia de este formulario completada y ejecutada tendrá plena vigencia y efecto como un original firmado.

Solicitante 1

N.º de Seguro Social: _____

N.º de licencia de conducir: _____

Estado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del jefe de familia: _____

Fecha: _____

Solicitante 2

N.º de Seguro Social: _____

N.º de licencia de conducir: _____

Estado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del jefe de familia: _____

Fecha: _____

NUESTRO PROPÓSITO

La información anterior se administrará de manera equitativa y de manera tal que no se discrimine por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, situación familiar, discapacidad u otros motivos protegidos por la ley, y que no se infrinja el derecho a la privacidad.

Nuestra intención es respaldar e implementar plenamente una política diseñada para cumplir con estos objetivos:

- crear y mantener apartamentos seguros y sin drogas;
- proteger a nuestros arrendatarios para que no reciban amenazas a su seguridad personal y familiar;
- mantener un entorno en el que nuestros adultos mayores puedan llevar una vida completamente independiente, con las derivaciones disponibles y los apoyos necesarios para conservar su autosuficiencia.

"El título 18, sección 1001 del Código de EE. UU. establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer, a sabiendas y por su voluntad, una declaración falsa o fraudulenta a cualquier departamento del Gobierno de EE. UU. El HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado del HUD o del propietario) podrá estar sujeto a sanciones por divulgaciones no autorizadas o uso indebido de la información recogida en virtud de este formulario de consentimiento. El uso de tal información está restringido a los fines ya mencionados. Cualquier persona que, a sabiendas o por su voluntad, solicite, obtenga o divulgue información con pretextos falsos sobre un solicitante o participante puede ser acusado de cometer un delito menor o recibir una multa de no más de \$5,000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información, puede entablar una acción civil por daños y perjuicios y buscar otra reparación, según corresponda, contra el funcionario o empleado del HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido. Las disposiciones sobre sanciones por el uso indebido del número de Seguro Social están contenidas en la Ley del Seguro Social, secciones 208 (a) (6) (7) y (8). Violaciones del título 42, secciones 408 (a) (6) (7) y (8) del U.S.C."



Información de contacto complementaria y opcional para solicitantes de vivienda asistida por el
Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés)

COMPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario se debe proporcionar a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Por ley, usted tiene derecho a incluir como parte de su solicitud de vivienda el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información pertinente de un familiar, amigo u organización social, de salud, de defensa u otra. Esta información de contacto tiene el propósito de identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier problema que pueda surgir mientras esté aquí como arrendatario o para ayudar a brindar la atención o los servicios especiales que pueda necesitar. **Puede actualizar, eliminar o cambiar la información que proporciona en este formulario en cualquier momento.** No es necesario que proporcione esta información de contacto pero, si decide hacerlo, incluya la información pertinente en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Vínculo con el solicitante:	
Razón para contacto: (Marque todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayudar con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No logramos contactarlo	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del contrato
<input type="checkbox"/> Terminación de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago tardío del alquiler	
Compromiso de la autoridad de vivienda o del propietario: Si se lo aprueba para una vivienda, esta información se mantendrá como parte de su archivo de arrendatario. Si surgen problemas durante su arrendamiento o si necesita algún servicio o atención especial, podemos comunicarnos con la persona u organización que mencionó para ayudar a resolver los problemas o brindarle el servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no se divulgará a nadie excepto según lo permitan el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (ley pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) requiere que a cada solicitante de una vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información sobre una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acepta cumplir con los requisitos de no discriminación e igualdad de oportunidades de la sección 5.105 del capítulo 24 del Código de Regulaciones Federales (CFR), incluidas las prohibiciones de discriminación en la admisión o participación en programas de vivienda con asistencia federal por motivos de raza, color, religión, nacionalidad, sexo, discapacidad y situación familiar en virtud de la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición de discriminación por edad en virtud de la Ley de Discriminación por Edad de 1975.	

Marque esta casilla si decide no proporcionar información de contacto.

--	--

Firma del solicitante

Fecha

Los requisitos de recolección de información contenidos en este formulario se enviaron a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) en virtud de la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). La carga de informes públicos se calcula en 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y conservar los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. La sección 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (42 U.S.C. 13604) impuso al HUD la obligación de exigir a los proveedores que participan en sus programas de vivienda asistida que proporcionen a cualquier persona o familia que solicite ocupación en viviendas con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud de ocupación el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información pertinente de un familiar, amigo o persona asociada con una organización social, de salud, de defensa o similar. El objetivo de proporcionar tal información es facilitar el contacto del proveedor de la vivienda con la persona u organización identificada por el arrendatario para ayudar a brindarle cualquier servicio o atención especial y ayudarlo a resolver cualquier problema que surja durante el arrendamiento. El proveedor de vivienda debe mantener esta información complementaria de la solicitud y guardarla como información confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda Asistida del HUD y es voluntario. Respaldamos los requisitos legales y los programas y controles de administración que impiden el fraude, el despilfarro y la mala administración. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo, un organismo no puede realizar ni patrocinar una recolección de información, ni una persona está obligada a responder a ella, a menos que la recolección muestre un número de control OMB actual y válido.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recoger toda la información (excepto el número de Seguro Social) que utilizará el HUD para proteger los datos de desembolsos contra acciones fraudulentas.



People Inc

Where your world opens up.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE APARTAMENTOS PARA ADULTOS MAYORES

Viviendas para adultos mayores Burchfield Commons

2290 Union Road; West Seneca 14224
716-668-2936

Viviendas para adultos mayores Carnation

2336 Southwestern Blvd; West Seneca 14224
716-674-4362

Viviendas para adultos mayores Daffodil

160 Robin Road; Amherst 14228
716-625-6081

Viviendas para adultos mayores Elm

4122 Sowles Road; Hamburg 14075
716-649-2194

Viviendas para adultos mayores Holly

174 N. Main Street; Angola NY 14006
716-549-1606

Viviendas para adultos mayores Iris

4150 Sowles Road; Hamburg 14075
716-648-3255

Viviendas para adultos mayores Ivy Rose

1188 Hertel Ave.; Buffalo 14216
716-875-0400

Viviendas para adultos mayores Lilly

36 Arthur Avenue; Blasdell 14219
716-821-1230

Viviendas para adultos mayores Maple

3511 Union Road; Cheektowaga 14225
716-683-3027

Viviendas para adultos mayores Marigold

3026 Grand Island Blvd; Grand Island 14072
716-773-0907

Viviendas para adultos mayores Oak

8099 Sheridan Drive; Clarence 14221
716-633-1583

Viviendas para adultos mayores Orchard

276 Waverly Street; Springville 14141
716-592-4640

Viviendas para adultos mayores Pine

6231 Tonawanda Creek North; Lockport 14094
716-433-3381

Viviendas para adultos mayores Seneca Cazenovia

2171 Seneca Street; Buffalo 14210
716-823-8560

Viviendas para adultos mayores Sunflower

146 Franklin Street; Lackawanna 14218
716-823-1874

Viviendas para adultos mayores Violet

11 Haley Lane; Cheektowaga 14227
716-656-0669

Apartamentos Walnut

804 Union Road; West Seneca 14224
716-674-2348

Viviendas para adultos mayores Willow

3990 Forest Parkway; Wheatfield 14120
716-694-1486

***Academy Place**

1 School Street; Gowanda 14070
716-817-9090

* Programa de vivienda asequible y complejo de crédito fiscal del estado de Nueva York en virtud de la sección 202 del HUD

Se requiere una solicitud aparte

Para obtener más información, llame al 716-817-9090 o envíe un correo electrónico a SeniorLiving@people-inc.org.

people-inc.org

