



Linwood / Lafayette Apartments  
A People Inc. Community  
637 Linwood Ave; Buffalo, NY 14209  
Phone: (716) 881-6600 Web [people-inc.org](http://people-inc.org)

Re: Linwood/Lafayette Senior

Apartments Estimado interesado:

En la actualidad se aceptan solicitudes de alquiler para nuestra propiedad residencial más nueva, Linwood/ Lafayette Senior Apartments, ubicada en la esquina de Linwood y Lafayette en la ciudad de Buffalo, Nueva York. El complejo ofrece 37 unidades de viviendas asequibles y de calidad para personas de 55 años o más, de las que 7 de un dormitorio están reservadas para personas con diagnóstico de discapacidades del desarrollo. Se dará prioridad a las personas que hayan prestado servicios en las fuerzas armadas durante un periodo de al menos 6 meses.

El valor del alquiler de los apartamentos es el siguiente:

- 1 dormitorio: \$556/627/709/1056 (incluye agua)
- 2 dormitorios: \$632/709/862/893/1255(incluye agua)

Los inquilinos serán responsables de pagar sus propios servicios (calefacción a gas, agua caliente, cocina eléctrica, luces y aire acondicionado) y **deben estar preparados para poner los servicios de gas y electricidad a su nombre** a partir de la fecha programada para instalarse en el apartamento, además de demostrar que tienen ingresos adecuados para pagar tanto el alquiler como los servicios.

Los límites de ingresos máximos para Linwood/ Lafayette se basan en los ingresos medios para el condado de Erie según lo establecido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) de EE.UU. El ingreso familiar no debe ser superior a:

**Los límites de ingresos son por unidad, no por tamaño del grupo familiar.** Los límites de ingresos para los apartamentos Linwood/Lafayette se basan en las restricciones para alquileres impuestas por Renovación de Hogares o Comunidades (HCR).

**Los límites de ingresos oscilan entre \$15,475 y \$33,225 como mínimo, y entre \$24,760 y \$53,088 como máximo. Vea los detalles más adelante:**

Tamaño del	Renta por mes	Ingreso mínimo	Ingreso máximo
1	\$556	\$15,475	\$24,760
1	\$627	\$17,250	\$27,600
1	\$709	\$19,300	\$30,880
1	\$1,056	\$27,975	\$44,760
2	\$632	\$17,650	\$28,240
2	\$709	\$19,575	\$31,320
2	\$862	\$23,400	\$37,440
2	\$893	\$24,175	\$38,680
2	\$1,255	\$33,225	\$53,088

Nota: Los titulares de cupones de la sección 8 son bienvenidos y cumplirán con los requisitos en forma automática dentro de ciertos límites de ingresos

Como ha indicado que está interesado en una oportunidad de alquiler con nuestro programa de vivienda, hemos adjuntado para su conveniencia una solicitud junto a un sobre con la dirección. Si sigue interesado, complete la solicitud en su totalidad y reenvíe a: Linwood Senior Apartments; 637 Linwood Ave; Búfalo, NY 14209

Los solicitantes tendrán un periodo de oportunidad de dos semanas para enviar su solicitud por correo postal a la casilla mencionada. Se recogerán las solicitudes, se hará una selección al azar y se registrarán con el uso de un sistema de lotería. Cada aplicación llevara las iniciales y un sello con la fecha registrada en orden de retiro de no menos de 3 miembros del personal. A usted, como inquilino potencial, se lo invita a presenciar la apertura aleatoria de las solicitudes. *Si desea que le notifiquen hecho, hará y /lugar de la apertura, llame al {716} 881-6600 y alguien de nuestro personal le informará los datos del evento.*

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 las coloca en lista de espera. Las solicitudes incompletas se devolverán para obtener más información.

A cualquier solicitante que se determine que no es elegible se le dará el motivo para tal determinación y tendrá la oportunidad de solicitar una apelación. Que se le otorgue una entrevista NO garantiza que le ofrecerán un apartamento.

El personal de administración brindará asistencia a cualquier solicitante que pida asistencia para completar su solicitud. Se harán adaptaciones razonables para todas las personas con discapacidades o dificultades. Si necesita ayuda para completar su documentación, comuníquese con nuestra oficina al (716)881-6600.

**Tenga en cuenta que los Linwood/ Lafayette Senior Apartments son un ambiente libre de humo.**

Atentamente,

Linwood/ Lafayette  
Personal de vivienda

Revisado 5/28/2021



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

Me interesa la siguiente cantidad de dormitorios:  uno (1)  dos (2)

**Información de la familia:**

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

Dirección actual: (no se acepta casilla postal) \_\_\_\_\_

Teléfono diurno: \_\_\_\_\_ Teléfono nocturno: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Responda todas las preguntas:**

**SÍ      NO**

1. ¿Le han **diagnosticado alguna discapacidad del desarrollo**?  SÍ  NO
2. ¿En la actualidad recibe servicios de People Inc. u otro proveedor de OPWDD?  SÍ  NO
3. ¿Ha prestado servicio alguna vez en las **Fuerzas Armadas**? De ser así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  SÍ  NO  
 Estado de baja al final del servicio: \_\_\_\_\_
4. ¿Espera que se agregue alguien al hogar en los próximos doce meses?  SÍ  NO  
 De ser así, nombre y vínculo: \_\_\_\_\_  
 Explicación: \_\_\_\_\_
5. ¿Requiere una unidad con **características especiales** debido a su discapacidad?  SÍ  NO  
**Si es así, encierre con un círculo la respuesta apropiada:**  
 silla de ruedas / discapacidad visual / discapacidad auditiva
6. ¿Usted o alguien de su familia necesita un **asistente residente**?  SÍ  NO  
 Nombre del asistente residente: \_\_\_\_\_
7. ¿Recibirá su familia una **asistencia de alquiler** al momento de trasladarse?  SÍ  NO  
 Entidad que proporciona el cupón: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
8. ¿Tiene custodia total de todos los niños mencionados en esta solicitud?  SÍ  NO  
 Si no es así, explique los acuerdos de custodia: \_\_\_\_\_
9. ¿Usted o alguna otra persona nombrada en esta solicitud ha sido condenada por algunos de los siguientes delitos?

- Delito dentro de los últimos 10 años    
De ser así, se le entregará una copia de "Conozca sus derechos".
- Venta o fabricación de drogas ilegales
- Cualquier delito sexual
- Sujeto al registro de delincuentes sexuales de por vida    
De ser así, mencione todos los estados en los que ha vivido: \_\_\_\_\_

**Sí** **No**

10. ¿Alguna vez lo han desalojado de una unidad de alquiler de cualquier tipo, incluidos: apartamento, casa, casa móvil o remolque en los últimos cinco (5) años?    
De ser así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿En la actualidad le debe dinero a un arrendador, a la Autoridad de Vivienda Pública, empresa de administración o compañía de servicio público?    
De ser así, explique: \_\_\_\_\_

12. ¿Alguna vez se fue de una vivienda en violación de un contrato de arrendamiento o debido a una?    
De ser así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Referencias de vivienda:** Mencione las últimas CINCO referencias de vivienda:

Nombre y dirección del arrendador	Dirección donde alquilaba	Propio o alquilado	Fechas
1.			Fue a vivir allí: _____ Se fue de allí: _____
2.			Fue a vivir allí: _____ Se fue de allí: _____
3.			Fue a vivir allí: _____ Se fue de allí: _____
4.			Fue a vivir allí: _____ Se fue de allí: _____
5.			Fue a vivir allí: _____ Se fue de allí: _____

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

**Información de ingresos:**

Los ingresos de empleo se 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, se cuenta para todos los miembros del hogar, incluidos los menores. Anote el monto en dólares en el espacio provisto.

Incluya todos los ingresos previstos para los próximos 12 meses:

¿USTED o CUALQUIER PERSONA en su familia reciben o esperan recibir ingresos de?

Tipo de fuente de ingresos	Sí / No	Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos	Monto y frecuencia
Empleo				
Seguro Social				
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) (discapacidad, federal, estatal)				

Asistencia Pública				
Beneficios de desempleo				
Manutención de los hijos				
Pensión alimentaria o manutención conyugal				
Indemnización laboral				
Pensión o anualidad				
Beneficios por discapacidad				
Beneficios de veterano				
Trabajador autónomo				
Trabajo con pago en efectivo				
Pago del Ejército				
Indemnización por despido				
Herencia				
Ganancia de lotería				
Pagos globales con intereses				
Ingresos por alquiler				
Dividendos del seguro de vida				
Aportes de amigos o familiares				
Otros ingresos no mencionados aquí				
Si es así, explique:				

### **Información sobre activos:**

*Anote todos los activos que tenga. Incluya el valor del activo en el espacio proporcionado.*

<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 fiduciaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cuenta de personal de retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro tipo de retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bienes raíces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dinero en efectivo en mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cuenta funeraria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Cualquier activo del que se haya desapropiado en los últimos dos (2) años:  Sí  No

De ser así, explique: \_\_\_\_\_

- |  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Usted o algún otro miembro de la familia 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 hogar manifiestan un ingreso de CERO? Si es así, nombre del miembro: _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **Información de estudiante:**

¿Alguien en su hogar (incluidos los menores de edad) es en la actualidad estudiante de tiempo completo o parcial, o planifica serlo en los próximos 12 meses?

Sí  No

Si es así, indique quién, marque su estado e indique el nombre de la institución educativa:

Nombre: \_\_\_\_\_ estado: tiempo completo \_\_\_ tiempo parcial \_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ estado: tiempo completo \_\_\_ tiempo parcial \_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ estado: tiempo completo \_\_\_ tiempo parcial \_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ estado: tiempo completo \_\_\_ tiempo parcial \_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

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

- |  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Es usted 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 federal conjunta?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Recibe asistencia del programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o por ser hogar de adopción temporal?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Estaba 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? Si es así, nombre de contacto: _____ 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. Se proporcionará estacionamiento para un solo vehículo.

Tipo de vehículo: \_\_\_\_\_ año y marca: \_\_\_\_\_ n.º de matrícula: \_\_\_\_\_  
color: \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento de inscripción: \_\_\_\_\_

Tipo de vehículo: \_\_\_\_\_ año y marca: \_\_\_\_\_ n.º de matrícula: \_\_\_\_\_  
color: \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento de inscripción: \_\_\_\_\_

## **Información sobre mascotas**

¿Tiene alguna mascota?  Sí  No

Si es así, anote el tipo y el peso: \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta: Deberá dejar un depósito por mascota de \$50 y documentación de vacunación al momento de ir a vivir a la propiedad.*

Todas las preguntas que se respondieron con Sí se verificarán mediante un tercero que sea una fuente apropiada. Será su responsabilidad proporcionar a la administración toda la información necesaria para el correcto procesamiento de su solicitud y para verificar su elegibilidad.

Deberá incluir nombres, direcciones, números de teléfono y fax, números de cuenta 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, estado familiar, credo, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad ni estado civil.



## Información sobre prácticas justas de vivienda del Gobierno

El Gobierno federal solicita la siguiente información para monitorear el cumplimiento de las leyes de imparcialidad en la vivienda. No está obligado a proporcionar esta información, pero es recomendable que lo haga. People Inc. no puede discriminar a causa de esta información ni por el hecho de decidir o no proporcionarla. Toda 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  
 Prefiero describirme como \_\_\_\_\_  
 Prefiero no decirlo

- Masculino  
 Transgénero

### Raza:

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

### Origen étnico:

- Hispano o latino  
 No hispano o no latino  
 No mencionada \_\_\_\_\_  
 Prefiero no decirlo

## Cláusulas de la firma

Entiendo que People Inc. confía en la información que he proporcionado con el fin de probar la elegibilidad de mi familia con el objeto de ingresar al 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 el rechazo de mi solicitud.** También entiendo que tal acción puede tener como resultado sanciones penales.

Otorgo mi consentimiento para que 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 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 inquilinos para este programa.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
N.º de documento de identidad o licencia de conducir

\_\_\_\_\_  
estado: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
N.º de documento de identidad o licencia de conducir

\_\_\_\_\_  
estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante 2

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
N.º de documento de identidad o licencia de conducir

\_\_\_\_\_  
estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante 3

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
N.º de documento de identidad o licencia de conducir

\_\_\_\_\_  
estado: \_\_\_\_\_

