



Oakwood Senior Apartments
A People Inc. Comunidad de Viviendas

Teléfono: (716) 880-3890

Web <https://www.people-inc.org/affordableapartmentsinformation/index.html>

Correo electrónico: housing@people-inc.org

Re: Oakwood Senior Apartments

Estimado interesado:

Estamos aceptando solicitudes de alquiler para nuestra propiedad residencial más nueva, Oakwood Senior Apartments, ubicada en la esquina de Oakwood y South Park en Blasdell, Nueva York. El complejo ofrece 33 unidades de vivienda asequibles y de calidad para adultos mayores, cuyo jefe de hogar tenga 55 años o más, con 7 unidades dedicadas a personas diagnosticadas como "ancianos vulnerables".

La renta de los apartamentos es la siguiente:

- 1 dormitorio: \$ 595/680 (incluye agua)
- 2 dormitorios: \$ 690/800 (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 máximos de ingresos para Oakwood 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:

RENTA MENSUAL:

1 dormitorio: (31)

\$ 595.00 –680.00

2 dormitorios: (2)

\$690.00 - \$800.00

****INGRESO MÍNIMO/MÁXIMO:**

1 persona: \$16,550 - \$33,180

2 personas: \$16,550 - \$35,856

2 personas: \$19,125 - \$37,920

Nota: los titulares de cupones de la sección 8 son bienvenidos y calificarán en forma automática dentro de ciertos límites de ingresos.

Gracias por su interés en una oportunidad de alquiler con nuestro programa de viviendas. Como lo pidió, hemos adjuntado una solicitud con un sobre con la dirección preimpresa para su comodidad. Complete, firme la solicitud y devuélvala a: **Oakwood Senior Apartments; PO Box 2270; Blasdell, NY 14219.**

Tenga en cuenta lo siguiente: se devolverán las líneas incompletas de las solicitudes.

Todas las solicitudes se registrarán y procesarán en el orden de la fecha y hora de recepción y, para determinar la elegibilidad preliminar, se usará la información que usted brinde. Los solicitantes recibirán una cita para una entrevista cuando haya apartamentos disponibles, o bien se les notificará por escrito si pasan a la lista de espera. Que se le otorgue una entrevista NO garantiza que le ofrecerán un apartamento.

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 dentro de un período de tiempo especificado.

El personal de administración brindará asistencia a cualquier solicitante que necesite ayuda 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 línea de Crédito Fiscal para vivienda al (716) 881-3890.

Tenga en cuenta que los Oakwood Senior Apartments son para no fumadores.

Atentamente,

Personal de Viviendas de Oakwood

Nota:

todas las solicitudes recibidas durante los primeros 30 días después del envío por correo se abrirán mediante un sorteo, se registrarán y se procesarán. Si está interesado en observar el proceso de sorteo, llame al (716) 880-3890 para obtener más información sobre la fecha, hora y ubicación del sorteo antes mencionado.

Revisado el 29/JUN/21



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: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Oakwood Senior Apartments
 15 Oakwood Ave.
 Blasdell, NY 4219

Teléfono: (716) 880-3890
 Sordos / Con problemas de audición: (800) 662-1220
 Sitio web: people-inc.org

Estoy interesado en lo siguiente (MARQUE UNO):

- Un (1)** dormitorio **Dos (2)** (Nota: para 2 dormitorios, se requieren al menos 2 personas)

Otro: Accesible para silla de ruedas Problemas de visión Sordo/Con problemas de audición

- **Todas las SECCIONES de esta solicitud DEBEN SER COMPLETADAS o MARCADAS COMO N/C (NO CORRESPONDE).**
- Se deben utilizar los **NOMBRES LEGALES** de cada miembro del hogar. Toda la información se mantiene de forma confidencial, segura y protegida.
- Las **SOLICITUDES INCOMPLETAS** serán devueltas. Si no puede completar esta solicitud, la persona que lo está asistiendo DEBE FIRMAR LA ÚLTIMA PÁGINA CON SU NOMBRE.

Información de la familia:

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido *USE LETRA DE IMPRENTA CLARA*	Vínculo con el jefe de familia	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estudiante a tiempo completo SÍ/NO	Ciudadano estadounidense S/N
1.	Jefe de familia				
2.	Cojefe de familia				
3.					
4.					

Dirección actual (no se aceptan apartados postales): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

Correo electrónico: _____

CONTACTO ALTERNATIVO (cuando no se lo pueda contactar o en caso de emergencia):

Nombre: _____ Vínculo: _____

Dirección actual (no se aceptan apartados postales): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

Correo electrónico: _____

¿Desea que toda la correspondencia vaya a este contacto? Sí No

ASISTENCIA PARA EL ALQUILER:

1. ¿Recibirá su familia una **asistencia para el alquiler** al momento de mudarse? Sí No
Nombre del Organismo que proporciona el cupón: _____
Dirección: _____ Número de teléfono: _____
2. ¿Necesita una adaptación razonable debido a una discapacidad? Sí No
De ser así, explique: _____

Responda a todas las preguntas:

- | | Sí | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Vive actualmente en una vivienda deficiente o no tiene hogar? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de la agencia que puede verificar su situación de vida actual: _____
Dirección: _____ Número de teléfono: _____ | | |
| 2. ¿Espera que se sume alguien al hogar en los próximos doce meses? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, nombre y apellido y vínculo: _____
Explicación: _____ | | |
| 3. ¿Usted o alguien de su familia necesita un asistente de residencia ? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Se trata de alguien que vivirá con usted en su apartamento los 7 días de la semana, las 24 horas del día.</i>
Nombre y apellido del asistente de residencia: _____
Dirección completa: _____ Número de teléfono: _____ | | |
| 4. De corresponder, ¿tiene custodia total de todos los niños menores mencionados en esta solicitud? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si no es así, explique los acuerdos de custodia: _____ | | |
| 5. ¿Usted o alguna otra persona nombrada en esta solicitud ha sido condenada por algunos de los siguientes delitos? | | |
| • Venta o fabricación de producción de metanfetamina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cualquier delito sexual <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sujeto al registro de delincuentes sexuales de por vida <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De ser así, mencione todos los estados en los que ha vivido: _____ | | |
| • Delito dentro de los últimos 10 años <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Información del Estudiante:

- ¿Alguien en su hogar (incluidos los menores de edad) es actualmente un estudiante de tiempo completo o parcial? **Sí** **No**
- ¿O planea serlo en los próximos 12 meses? **Sí** **No**

En caso afirmativo, indique quién e indique el nombre de la institución:

- 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:

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?
2. ¿Está casado y reúne los requisitos para presentar una declaración federal conjunta?
3. ¿Recibe asistencia del programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o por ser hogar de adopción temporal?
4. ¿Estuvo antes en un programa de adopción temporal?
5. ¿Está inscrito en un programa federal de capacitación laboral u otro similar local, del condado o estatal? Si es así, nombre del contacto: _____ teléfono: _____
6. ¿Alguna vez ha usado un número de Seguro Social diferente?
Si es así, anótelo aquí: _____

Ingreso bruto anual (USE CANTIDADES EN DÓLARES):

Escriba las **CANTIDADES BRUTAS mensuales y anuales** de cada miembro del hogar para todos los **INGRESOS RECIBIDOS**. Las solicitudes no se pueden procesar si no se enumeran ingresos y/o activos

Jefe de hogar

Fuente de ingreso	Importe bruto mensual	Importe bruto anual
Seguro Social		\$
SSI SSD		\$
SSP		\$
Discapacidad / Compensación / Seguro		\$
Empleo (salarios)		\$
Beneficios de desempleo		\$
Prestaciones de jubilación		\$
Anualidad / inversión mensual		\$
Beneficios de veterano		\$
Asistencia pública (prestaciones en efectivo)		\$
Pensión alimenticia / manutención infantil		\$
Beneficios de ingresos para menores		
Ayuda financiera para estudiantes (becas)		\$
Ingreso por trabajo por cuenta propia		\$
Contribuciones regulares de la familia		\$
Otros ingresos no enumerados anteriormente		\$

Cojefe (cualquier hogar, mayor de 18 años)

Fuente de ingreso	Importe bruto mensual	Importe bruto anual
Seguro Social		\$
SSI SSD		\$
SSP		\$
Discapacidad / Compensación / Seguro		\$
Empleo (salarios)		\$
Beneficios de desempleo		\$
Prestaciones de jubilación		\$
Anualidad / inversión mensual		\$
Beneficios de veterano		\$
Asistencia pública (prestaciones en efectivo)		\$

Pensión alimenticia / manutención infantil		\$
Beneficios de ingresos para menores		
Ayuda financiera para estudiantes (becas)		\$
Ingreso por trabajo por cuenta propia		\$
Contribuciones regulares de la familia		\$
Otros ingresos no enumerados anteriormente		\$

¿Alguno de los miembros que figuran en esta solicitud trabaja por dinero en efectivo? Sí No

¿Alguno de los miembros enumerados en esta solicitud reclama CERO INGRESOS? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre y apellido del miembro: _____

Activos Enumere todos los activos de cada miembro del hogar

Miembro del hogar	Tipo de cuenta	Saldo aproximado	Nombre del banco
	Cuenta corriente		
	Caja de ahorros		
	Tarjeta de débito		
	Cuenta fiduciaria		
	Cuenta funeraria		
	Certificado de depósito o Mercado monetario		
	Acciones o bonos		
	Anualidad/Cuenta de jubilación individual (IRA)		
	Seguro de vida		
	DINERO EN EFECTIVO EN MANO		

Cojefe o mayores de 18 años			
	Cuenta corriente		
	Caja de ahorros		
	Tarjeta de débito		
	Cuenta fiduciaria		
	Cuenta funeraria		
	Certificado de depósito o Mercado monetario		
	Acciones o bonos		
	Anualidad/Cuenta de jubilación individual (IRA)		
	Seguro de vida		
	DINERO EN EFECTIVO EN MANO		

¿Alguno de los miembros enumerados en esta solicitud posee alguna propiedad? Sí No

De ser así, ¿qué tipo de propiedad? _____

Ubicación: _____ Valor aproximado: _____

****Las solicitudes no se pueden procesar si no hay ingresos y/o activos enumerados****

LAS TARJETAS DE DÉBITO SE CONSIDERAN UN ACTIVO.

- | | Sí | No |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha dispuesto de algún activo o lo ha cerrado en los últimos dos (2) años?
En caso afirmativo, cantidad: \$ _____ Explique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿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"/> |

Evaluación de Crédito/Penal

Tenga en cuenta que realizaremos evaluaciones de crédito/penales a todos los solicitantes de 18 años de edad o mayores en el momento en que tengamos una unidad disponible. Usted puede **RECHAZAR** que nuestro personal realice la evaluación de crédito; sin embargo, tenga en cuenta que, **si lo hace, se le pedirá que proporcione 12 meses consecutivos de pagos de alquiler completos a tiempo O comprobantes de un subsidio de alquiler que pagó su alquiler en su totalidad durante ese período de tiempo.**

La parte de investigación criminal NO es una opción.

Escriba sus iniciales aquí si opta por NO participar en la evaluación de crédito:

Miembro #1 _____ Miembro #2 _____ Miembro #3 _____ Miembro #4 _____

Vehículo(s):

Mencione cualquier automóvil, camioneta u otro vehículo de su propiedad. **Los vehículos que no estén registrados en la oficina no pueden estacionarse en el lugar.**

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 *(la política de mascotas se proporcionará al ser aceptado en el programa, incluye un perro, gato o animales pequeños enjaulados domesticados como se describe en la política de mascotas. Nuestra política de mascotas no incluye reptiles).*

¿Tiene alguna mascota? Sí No

Si es así, anote el tipo y el peso: _____

Los cuidadores alternativos de la mascota y la documentación de vacunas deberán entregarse al momento de la mudanza.

El animal de servicio requerirá la verificación de una fuente externa calificada.

Perfil demográfico del inquilino:

<u>Códigos de Raza:</u>	<u>Códigos de origen étnico:</u>	<u>Códigos de género:</u>
1 Blanca	1 Hispano / latino	F - Femenino
2 Negra / afroamericana	2 Ni hispano ni latino	M - Masculino
3 Indígena americano / nativo de Alaska		N - No binario
4 Asiática		T - Transgénero
5 Nativo de Hawái o islas del Pacífico		D - Prefiero autodescribirme
6 Otro		N/C - Prefiero no decirlo

Utilice los códigos de la tabla anterior para indicar la raza, el origen étnico, el estado de discapacidad y el sexo de cada miembro del hogar: (Solo Información sobre prácticas justas de vivienda del Gobierno):

Miembro del Hogar	Código de Raza # 1, 2, 3, 4, 5 o 6	Código de Etnia # 1 o 2	Discapacitado S o N	Género: F, M, N, T, D, N/C
1				
2				
3				
4				

Autorización: (Lea atentamente y firme debajo de esta declaración)

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 que rechacen mi solicitud.** También entiendo que tal acción puede tener como resultado

1

Firma del jefe de familia

Nombre en letra de imprenta

Fecha

N.º de documento de identidad o licencia de conducir

Estado

Nota: cualquier cosolicitante de 18 años de edad o mayor debe firmar a continuación:

2

Firma del cosolicitante Miembro n.º 2

Nombre en letra de imprenta

Fecha

N.º de documento de identidad o licencia de conducir

Estado

3

Firma del cosolicitante Miembro n.º 3

Nombre en letra de imprenta

Fecha

N.º de documento de identidad o licencia de conducir

Estado

4

Firma del cosolicitante Miembro n.º 4

Nombre en letra de imprenta

Fecha

N.º de documento de identidad o licencia de conducir

Estado

Tenga en cuenta que tiene derecho a revisar, impugnar y/o haber explicado los resultados de todas las evaluaciones de antecedentes, crédito y antecedentes penales.

