PeopleInc

Where your world opens up.

People Inc. Senior Living 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, en la página 5.
- Todas las solicitudes se tramitan en el orden en que se vayan recibiendo.
- Todos los apartamentos de People Inc. son libres de tabaco.

Criterios de admisibilidad:

1. El jefe de familia **debe tener 62** años o más en el momento de recibir la solicitud. El hogar puede estar formado por una o dos personas.
2. Los ingresos anuales no pueden superar los límites federales de ingresos a partir del 15/5/2023:
   1 persona: $32.500/año o $2.708/mes
   2 personas: $37.150 /anuales o $3.095/mensuales

El alquiler mensual se basa en los ingresos ajustados de la unidad familiar. Algunos servicios están incluidos; los servicios varían. Las comunidades de departamentos independientes, que no son de vida asistida, son de un dormitorio y disponen de cocina con amplios armarios, estufa y frigorífico. Los elementos de seguridad incluyen entradas seguras, un sistema de respuesta 24 horas, barras de apoyo en el baño, sistema de seguridad contra incendios y cables de emergencia.

Envíe por correo su solicitud completada, firmada y fechada al centro al que solicita la beca. Si se presenta a más de un centro, indique en la solicitud a qué centros se presenta y envíeme por correo la solicitud completada a la siguiente dirección. En la última página de esta solicitud figura una lista de centros con sus direcciones. **No** envíe documentación adicional junto con la solicitud.

Para garantizar la igualdad de acceso a este documento, 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.

Gracias por su interés en People Inc. Senior Living Apartments.

Atentamente,
Especialista en admisiones

ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO DE OFICINA Fecha de recepción de la solicitud: _____ Hora: _____ Recibido por: _____ Tipo de unidad accesible solicitada: Silla de ruedas/Audición/Visión

People Inc

Where your world opens up.

APLICACIÓN PARA PEOPLE INC. SENIOR LIVING APARTMENTS

Nombre(s) del lugar al que se dirige la solicitud:_____

Remitido por:

□ Amigo/familiar:_____ □ Emisora de radio: _____

□ Estación de televisión: _____ □ Periódico: _____

□ Otro:_____ □ Evento comunitario: _____

Esta solicitud debe ser completada en su totalidad y firmada por todas las personas mayores de 18 años, certificando que la información relativa a las mismas es correcta. Si no firma la solicitud en todos los campos, no se tramitará y se le devolverá por correo. Utilice el nombre legal correcto para cada persona que vaya a residir en la unidad, tal y como aparece en su tarjeta del Seguro Social. Si alguna parte no se aplica a su caso, escriba N/A en esa sección.

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

Los solicitantes deben revelar su número de la Seguro Social y el de todos los miembros de la unidad familiar del solicitante, excepto aquellos miembros de la unidad familiar que no aleguen su condición de inmigrantes. Asimismo, los solicitantes (incluidos todos los miembros de la unidad familiar) están obligados a revelar el número de Seguro Social que se les haya asignado, salvo en los casos siguientes: Los solicitantes que no tienen un SSN y tenían 62 años de edad o más a partir del 31/01/2010 y estaban recibiendo ayuda de alquiler del HUD en otro lugar el 31/01/2010.

Información de contacto del solicitante

Dirección completa:
Número de teléfono:
Correo electrónico:

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) nos exige que incluyamos y solicitemos que se envíe el Suplemento a la Solicitud de Vivienda con Asistencia Federal (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 de contacto alternativa reciba copias de la correspondencia que se le envíe, marque esta casilla.

¿Cuál es su idioma de preferencia? _____

Ingresos	**Miembros** **Nombre**	**Importe bruto mensual**
Seguridad Social (SSI/SSD)		
Suplemento estatal (SSP)		
Pensión		
Pagos de anualidades (RMD)		
Empleo		
Desempleo		
Otros		
Otros		

Activo	**Miembros** **Nombre**	**Importe actual**	**Empresa/Fuente**
Cuenta de cheques			
Cuenta de ahorro			
Direct Express / Tarjeta de débito			
Efectivo			
Seguro de vida			
Acciones/Bonos/CD			
Cuenta de sepelio			
Bienes raíces			
Otros			

¿Ha enajenado o transferido algún activo en los últimos dos (2) años? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique el importe, el tipo de inmueble y la fecha en que se enajenó: *Ejemplo: vendió inmuebles o redujo su patrimonio en más de $1001,00 dólares o más; regaló dinero o abrió una cuenta fiduciaria irrevocable.*

¿Tiene alguna 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:

¿Ha vivido alguna vez en otro estado además de Nueva York? □ Sí □ No
En caso afirmativo, ¿en qué otros estados?

¿Ha solicitado o vivido en un departamento de People Inc. anteriormente? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, dónde:

¿Recibe actualmente una asistencia para el alquiler? (HUD, bono, sección 8) ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, especifique:

Adaptación razonable:

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿necesita usted o algún miembro de su familia una adaptación razonable? ☐ Sí ☐ No

Si usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad (artículo 223 de la Ley de Seguridad Social), indique cómo podemos adaptarnos a sus necesidades. Incluya cualquier característica especial de la unidad que pueda ser necesaria. Los ajustes razonables pueden incluir barras de apoyo, animales de apoyo emocional, etc.

_____

_____

_____

¿Necesita una **unidad accesible** que disponga de ducha y armario/estantería más bajos? ☐ Sí ☐ No

Información de estudiantes:

¿Algún miembro 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, responda a las siguientes preguntas:

Nombre: _____ Estado: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo; Nombre de la escuela:_____

Nombre: _____ Estado: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ; Nombre de la escuela:_____

Información sobre animales y mascotas: Nuestra política permite 1 mascota doméstica común que pese menos de 25 libras al llegar a la adultez.

¿Tiene mascota? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, descríbala:

¿Tiene un animal de servicio o de apoyo? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, descríbala:

Información para fines de control gubernamental:

La información que figura a continuación sobre la designación de raza, etnia y sexo solicitada en esta solicitud se pide para garantizar al Gobierno Federal, actuando a través del Servicio de Vivienda Rural, que se cumplen las Leyes Federales que prohíben la discriminación de las solicitudes de arrendatarios por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, situación familiar, edad y discapacidad. No está obligado a facilitar esta información. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminarlo en ningún modo.

Códigos de carrera:	**Códigos étnicos**	**Códigos de género**
1. Blanco	1. Hispano /Latino	F. Mujer
2. Negro/afroamericano	2. No hispano o latino	M. Hombre
3. Indio americano/nativo de Alaska		N. No binario
4. Asia		T. Transgénero
5. Nativo de Hawái/Islas del Pacífico		D. Prefiere autodescribirse
6. Otros		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.			

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.

La información contenida en esta solicitud puede ser compartida con otras organizaciones de People Inc. Departamentos. Cualquier declaración falsa u ocultación intencionada de cualquier hecho material que afecte la elegibilidad para la admisión se considerará motivo de rescisión del contrato de arrendamiento y desalojo. Por consiguiente, declaro que la información facilitada es verídica a mi leal saber y entender.

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

□ Entiendo que en los Senior Living Apartments de People Inc. no se puede fumar.

_____

Firma del solicitante Fecha de firma

_____

Firma del solicitante Fecha de firma

Todos los solicitantes que reúnan los requisitos gozarán de igualdad de oportunidades sin discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, situación familiar o discapacidad.

"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)".

Control OMB n.º 2502-0581
Exp. (28/02/2019)

Información de contacto complementaria y opcional para solicitantes de viviendas subvencionadas por el HUD

SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario debe entregarse a todos los solicitantes de una vivienda subvencionada por el Estado

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Usted tiene derecho por ley 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, sanitaria, de defensa u otra. Esta información de contacto tiene por objeto identificar a una persona u organización que pueda ayudarle a resolver cualquier problema que pueda surgir durante su arrendamiento o a prestarle cualquier atención o servicio especial que pueda necesitar. **Puede actualizar, eliminar o modificar la información que facilite en este formulario en cualquier momento.** No está obligado a facilitar esta información de contacto, pero si decide hacerlo, incluya los datos pertinentes en este formulario.

Nombre del solicitante:
Dirección postal:
N.º de teléfono: **N.º de teléfono móvil:**
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:
Domicilio:
N.º de teléfono: **N.º de teléfono móvil:**
Dirección de correo electrónico (si corresponde):
Relación con el solicitante:
Motivo del contacto: (Marque todas las opciones que correspondan) ☐ Emergencia ☐ Fue imposible ponerse en contacto con usted ☐ Finalización de la asistencia para el alquiler ☐ Desalojo de la unidad ☐ Pago atrasado del alquiler ☐ Asistencia en el proceso de recertificación ☐ Modificación de los términos de arrendamiento ☐ Cambio de las normas de la casa ☐ Otros: _____
Compromiso de la Autoridad de Vivienda o del Propietario: Si le aprueban una vivienda, esta información se conservará como parte de su expediente de inquilino. Si surgen problemas durante su alquiler o si necesita algún servicio o atención especial, podemos ponernos en contacto con la persona u organización que haya indicado para que nos ayude a resolver los problemas o a prestarle algún servicio o atención especial.
Declaración de confidencialidad: La información facilitada en este formulario es confidencial y no se revelará a nadie, salvo en la medida en que lo permita el solicitante o la ley aplicable.
Notificación legal: El artículo 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que se ofrezca a cada solicitante de una vivienda subvencionada con fondos federales la opción de facilitar información relativa a una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de la vivienda se compromete a cumplir los requisitos de no discriminación e igualdad de oportunidades del título 24, sección 5.105 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), incluidas las prohibiciones de discriminación en la admisión o participación en programas de vivienda con asistencia federal por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y situación familiar en virtud de la Ley de Equidad de Vivienda, y la prohibición de discriminación por edad en virtud de la Ley de Discriminación por Edad de 1975.

☐ Marque esta casilla si decide no facilitar la información de contacto.

Firma del solicitante **Fecha**

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario se presentaron a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) en virtud de la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). La carga que requiere la tarea de recolección de información pública se estima en 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. 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 de vivienda que participan en los programas de vivienda asistida del HUD que proporcionen a cualquier persona o familia que solicite la ocupación de una vivienda asistida por el 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 a una organización social, sanitaria, de defensa o similar. El objetivo de proporcionar dicha información es facilitar el contacto del proveedor de vivienda con la persona u organización que el inquilino identificó para ayudar en la prestación de cualquier servicio o atención especial al inquilino y ayudar a resolver cualquier problema de arrendamiento que surja durante el arrendamiento de dicho inquilino. El proveedor de vivienda debe conservar y mantener como confidencial esta información suplementaria de la solicitud. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Viviendas Asistidas de HUD y es voluntario. Respalda los requisitos legales y los controles de programas y gestión que impiden el fraude, el despilfarro y la mala gestión. De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites, un organismo no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, y una persona no está obligada a responder a ella, a menos que la recopilación muestre un número de control OMB actualmente válido.

Política de Privacidad: La Ley Pública 102-550, autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recopilar toda la información (excepto el número de la Seguridad Social [SSN]) que será utilizada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.

PeopleInc
Where your world opens up.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE SENIOR LIVING APARTMENTS

Burchfield Commons Senior Living
2290 Union Road; West Seneca 14224
716.668.2936

Carnation Senior Living
2336 Southwestern Blvd; West Seneca 14224
716.674.4362

Daffodil Senior Living
160 Robin Road; Amherst 14228
716.625.6081

Elm Senior Living
4122 Sowles Road; Hamburg 14075
716.649.2194

Holly Senior Living
174 N. Main Street; Angola NY 14006
716.549.1606

Iris Senior Living
4150 Sowles Road; Hamburg 14075
716.648.3255

Ivy Rose Senior Living
1188 Hertel Ave.; Buffalo 14216
716.875.0400

Lilly Senior Living
36 Arthur Avenue; Blasdell 14219
716.821.1230

Maple Senior Living
3511 Union Road; Cheektowaga 14225
716.683.3027

Marigold Senior Living
3026 Grand Island Blvd; Grand Island 14072
716.773.0907

Oak Senior Living
8099 Sheridan Drive; Clarence 14221
716.633.1583

Orchard Senior Living
276 Waverly Street; Springville 14141
716.592.4640

Pine Senior Living
6231 Tonawanda Creek North; Lockport 14094
716.433.3381

Seneca Cazenovia Senior Living
2171 Seneca Street; Buffalo 14210
716.823.8560

Sunflower Senior Living
146 Franklin Street; Lackawanna 14218
716.823.1874

Violet Senior Living
11 Haley Lane; Cheektowaga 14227
716.656.0669

Walnut Apartments
804 Union Road; West Seneca 14224
716.674.2348

Willow Senior Living
3990 Forest Parkway; Wheatfield 14120
716.694.1486

***Academy Place**
1 School Street; Gowanda 14070
716.817.9090
HUD 202 Crédito Fiscal PRAC & NYS para personas mayores de 62 años

***BAWNY Excelsior**
130 Central Avenue; Buffalo 14206
716.894.2763
HUD 811 PRAC, mayores de 18 años con discapacidad, preferencias para personas con discapacidad visual o sin hogar

** Se requiere una solicitud por separado**

Para más información, llame al 716.880.3890 o envíe un correo electrónico a housing@people-inc.org.
www.people-inc.org