

# SHORTSVILLE MEADOWS

45 East Avenue  
Shortsville, NY 14548  
Teléfono: 585-289-3165  
TTY: 1-800-662-1220

Estimado solicitante:

¡Gracias por su interés en Shortsville Meadows! En respuesta a su consulta, por favor encuentre adjunto una solicitud de vivienda, una hoja de información del programa, los procedimientos de selección de inquilinos y la notificación de derechos de ocupación bajo la Ley de Violencia contra la Mujer y el Formulario de Certificación HUD-5382.

Shortsville Meadows es una comunidad de alquiler para familias. La propiedad consta de apartamentos de una y dos habitaciones ubicados en Shortsville. Los edificios solo tienen acceso mediante intercomunicador. Calefacción y agua caliente están incluidos en el alquiler. Los residentes de nuestra comunidad tienen acceso a una lavandería en el lugar y a una sala comunitaria.

La elegibilidad para la vivienda en Shortsville Meadows está determinada por los ingresos, las referencias y una verificación de antecedentes penales. Tiene derecho a revisar y cuestionar los resultados de una verificación de antecedentes.

Si usted o alguien en su hogar es una persona con discapacidades, y necesita una adaptación específica para utilizar plenamente nuestras instalaciones, por favor envíe su solicitud por escrito y adjúntela a su aplicación completa.

Esta propiedad es de no fumar. Está estrictamente prohibido el uso de cualquier producto o sustancia que implique la ignición y combustión del producto o sustancia dentro de todas las áreas interiores de los edificios del proyecto, así como en áreas exteriores dentro de 50 pies de los edificios habitados del proyecto, áreas de juego, o cualquier edificio habitado circundante o áreas de juego fuera de la propiedad del proyecto.

Para que su solicitud sea aceptada, todas las secciones deben completarse por completo y todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar la solicitud. Puede devolver la solicitud por correo o en persona a la dirección anterior.

Tenga en cuenta que es la responsabilidad del solicitante informarnos por escrito sobre cualquier cambio de dirección, número de teléfono, composición del hogar o ingresos. Si no podemos comunicarnos con usted con respecto a su solicitud, se eliminará de la lista de espera.



## HOJA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

### Shortsville Meadows

### Shortsville, New York 14548

Bienvenido a Shortsville Meadows, administrado profesionalmente por Providence Housing Development Corporation. Nuestra comunidad opera bajo el Programa de Desarrollo Rural del USDA, el Programa de Crédito Fiscal para Viviendas de Bajos Ingresos (LIHTC), dentro de la Sección 42 del Código de Rentas Internas y el Programa del Fondo Fiduciario para la Vivienda (HTF). Todas las unidades cuentan con asistencia de alquiler. Estos programas están diseñados para facilitar las necesidades de vivienda de hogares de ingresos moderados a bajos. Los solicitantes con vales o certificados de elección de vivienda de la Sección 8 pueden solicitar la residencia. Revise la documentación adjunta con respecto a las calificaciones y la solicitud.

La residencia en todos los apartamentos está limitada a hogares con ingresos moderados a bajos. Además de los salarios estándar, los ingresos incluyen dinero recibido de muchas fuentes, como pensión alimenticia, pensiones, seguridad social, etc. Shortsville Meadows servirá a varios grupos de ingresos. A continuación se enumeran los ingresos máximos permitidos actuales (2026), por tamaño de hogar. Los límites de ingresos son actualizados y publicados anualmente por el Departamento de HUD de EE. UU.

#### Límites del 50% (El ingreso bruto no puede exceder)

| 1 persona | 2 personas | 3 personas | 4 personas |
|-----------|------------|------------|------------|
| \$37,450  | \$42,800   | \$48,150   | \$53,500   |

| Tamaño de la unidad | Ocupación      | # de unidades | Renta                                                 |
|---------------------|----------------|---------------|-------------------------------------------------------|
| 1 dormitorio        | Mín. 1/ máx. 2 | 10            | Lo menor de \$893 o 30% del ingreso bruto ajustado.   |
| 2 dormitorios       | Mín. 2/ máx. 4 | 10            | Lo menor de \$1,142 o 30% del ingreso bruto ajustado. |

- El inquilino es responsable del pago de las facturas de electricidad de su apartamento.
- Toda la información sobre ingresos y activos proporcionados por los solicitantes debe ser verificada antes de la ocupación. Este proceso de calificación y certificación también debe completarse anualmente después de la renovación.
- El depósito de seguridad es igual al alquiler de un mes.
- Se aceptan animales de asistencia para personas con discapacidad.
- No se permiten mascotas.
- Esta es una comunidad para no fumadores. No se permite fumar en ningún apartamento ni áreas comunes ni dentro de 50 pies de los edificios.

|                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>SHORTSVILLE MEADOWS</b><br/><b>PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE INQUILINOS</b></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. Proceso de selección: los solicitantes serán seleccionados de la lista de espera en el orden en que se reciben.
2. Las solicitudes estarán disponibles por correo llamando al (585) 289-3165 o se pueden recoger en los siguientes lugares:

Providence Housing Development Corporation  
1150 Buffalo Road  
Rochester, New York 14624

Shortsville Meadows  
45 East Avenue  
Shortsville, New York 14548

3. La elegibilidad del inquilino se determinará mediante prueba de edad, certificación de ingresos, verificación de antecedentes penales y requisitos adicionales según lo requiera el proyecto designado o los financiadores. Al llenar una vacante en una unidad especialmente designada para "discapacitados" o en una unidad de "discapacidad auditiva/visual," se dará preferencia a los solicitantes que requieran el uso de las características de los diseños especiales de esa unidad. Tiene derecho a revisar, impugnar y explicar los resultados de una verificación de antecedentes.
4. Dos (2) unidades serán completamente accesibles para personas con impedimentos de movilidad.
5. Todos los solicitantes serán rechazados de consideración si el solicitante fue condenado por producir metanfetamina en el hogar o si el solicitante es un registrante de por vida en el Registro de Delincuentes Sexuales. Un solicitante puede no ser elegible porque la composición familiar no cumple con las pautas de ocupación establecidas.

No se negará automáticamente a los solicitantes con antecedentes penales por delitos que involucraron peligro físico o violencia a personas o bienes o que afectaron negativamente la salud, la seguridad y el bienestar de otras personas. La gerencia completará una evaluación individualizada de acuerdo con las pautas de renovación de hogares y comunidad de NYS. La evaluación permitirá a los solicitantes revisar, disputar y explicar la información contenida en la verificación de antecedentes penales y presentar evidencia de rehabilitación. Los solicitantes con antecedentes penales recibirán los materiales de Know Your Rights en el momento en que se solicite más información y en caso de rechazo.

Si se determina que un solicitante no es elegible, el administrador de la propiedad notificará de inmediato al solicitante por escrito y le ofrecerá la oportunidad de solicitar una reunión con la gerencia para analizar dicha notificación. La reunión para revisar la respuesta del solicitante será realizada por el Administrador de la Propiedad o su representante. Cualquier respuesta y respuesta final se mantendrá en el archivo de la aplicación.

## **Protecciones para víctimas de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso**

**¿Cuándo debo recibir este formulario?** El proveedor de vivienda sujeto a esta normativa debe entregarle una copia del Aviso de derechos de ocupación en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer (Formulario HUD-5380) y de la Certificación de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso (Formulario HUD-5382) en los siguientes casos: cuando se le admita como inquilino, cuando reciba un aviso de desalojo o de terminación del contrato y antes de que finalice dicho contrato, o cuando se rechace su solicitud. El proveedor de vivienda también puede entregar estos formularios en otras ocasiones.

**¿Qué es la Ley de Violencia contra la Mujer ("VAWA", por sus siglas en inglés)?** Este aviso describe las protecciones que pueden aplicarse a usted, ya sea como solicitante o como inquilino, en el marco de un programa de vivienda sujeto a una ley federal denominada Ley de Violencia contra la Mujer ("VAWA"). La VAWA ofrece protecciones en materia de vivienda a las víctimas de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso. Las protecciones de la VAWA deben figurar en los contratos de arrendamiento y en otros documentos del programa, según corresponda. Estas protecciones pueden invocarse en cualquier momento. No es necesario conocer el tipo o el nombre del programa en el que participa o al que postula para poder acogerse a las protecciones de la VAWA.

**¿Qué sucede si necesito esta información en un idioma distinto al inglés?** Para leer esta información en español o en otro idioma, comuníquese con el administrador de la propiedad. Puede consultar los formularios de la VAWA traducidos en [https://www.hud.gov/program\\_offices/administration/hudclips/forms/hud5a#4](https://www.hud.gov/program_offices/administration/hudclips/forms/hud5a#4). Si usted habla o lee un idioma distinto al inglés, el proveedor de vivienda sujeto a esta normativa debe ofrecerle asistencia lingüística en relación con las protecciones de la VAWA (por ejemplo, interpretación oral y/o traducción escrita).

**¿Qué significan los términos de este aviso?**

- ° Violencia/abuso bajo VAWA: se refiere a uno o más incidentes de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso.
- ° Víctima: se refiere a cualquier víctima de violencia/abuso bajo VAWA.
- ° Persona afiliada: se refiere al cónyuge, padre o madre, hermano o hermana, o hijo o hija del inquilino; o a cualquier individuo, inquilino u ocupante legal que viva en el hogar del inquilino; o a cualquier persona de quien el inquilino sea padre, madre o tutor.
- ° Programa de vivienda cubierto: incluye los siguientes programas del HUD:
  - ° Vivienda pública o Programas de la Sección 8 de vales basados en el inquilino (TBV, también conocidos como \*Housing Choice Vouchers\*
    - HCV y vales basados en el proyecto (PBV) o Asistencia de alquiler basada en el proyecto (PBRA) de la Sección 8
    - Programa de rehabilitación moderada para ocupación de habitación individual (SRO) de la Sección 8
    - Vivienda con servicios de apoyo para personas mayores (Sección 202)
    - Vivienda con servicios de apoyo para personas con discapacidades (Sección 811)
    - Vivienda de alquiler multifamiliar (Sección 221(d)(3)/(d)(5))
    - Vivienda de alquiler multifamiliar (Sección 236)
    - Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA)
    - Programa de Asociaciones de Inversión HOME (HOME)
    - Fondo Fiduciario de Vivienda (\*Housing Trust Fund\*)
    - Programa de Subvenciones para Soluciones de Emergencia (ESG)
    - Programa de Continuo de Atención (\*Continuum of Care\*)
    - Programa de Asistencia para la Estabilidad de la Vivienda Rural
- ° *Proveedor de vivienda cubierto*: se refiere a la persona o entidad, dentro de un programa de vivienda cubierto, responsable de proporcionar o supervisar la protección de VAWA en una situación específica. El proveedor de vivienda cubierto puede ser una agencia de vivienda pública, un patrocinador del proyecto, el propietario de la vivienda, el deudor hipotecario, el administrador de la vivienda, un gobierno estatal o local, una agencia pública o una organización sin fines de lucro o con fines de lucro que actúe como arrendador.

<sup>1</sup> Para obtener información sobre programas de vivienda no cubiertos por HUD bajo la ley VAWA, consulte la Declaración interinstitucional sobre las disposiciones de vivienda de la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA) en <https://www.hud.gov/sites/dfiles/PA/documents/InteragencyVAWAHousingStmnt092024.pdf>.

**¿Qué sucede si soy solicitante en un programa cubierto por VAWA?** No se le puede negar vivienda, asistencia de vivienda ni asistencia para personas sin hogar cubiertas por VAWA simplemente porque usted (o un miembro de su hogar) sea o haya sido víctima, ni debido a problemas que usted (o un miembro de su hogar) haya tenido como consecuencia directa de ser o haber sido víctima. Por ejemplo, si tiene un historial de alquiler o crediticio deficiente o antecedentes penales, y dicho historial o antecedentes son consecuencia directa de haber sido víctima de abuso o violencia contemplados en VAWA, no se pueden utilizar como motivo para negarle vivienda o asistencia para personas sin hogar cubiertas por VAWA.

**¿Qué sucede si soy inquilino en un programa cubierto por VAWA?** No puede perder la vivienda, la asistencia de vivienda ni la asistencia para personas sin hogar cubiertas por VAWA, ni ser desalojado, simplemente porque usted (o un miembro de su hogar) sea o haya sido víctima de violencia o abuso contemplados en VAWA. Tampoco puede perder la vivienda, la asistencia de vivienda ni la asistencia para personas sin hogar cubiertas por VAWA, ni ser desalojado, debido a problemas que usted (o un miembro de su hogar) tenga como consecuencia directa de ser o haber sido víctima. Por ejemplo, si usted es víctima de abuso o violencia contemplados en VAWA que derivan directamente en quejas reiteradas por ruido y daños a la propiedad, ni las quejas por ruido ni los daños a la propiedad pueden utilizarse como motivo para desalojarlo de una vivienda cubierta por VAWA. Asimismo, no se le puede desalojar ni retirar de la vivienda, la asistencia de vivienda o la asistencia para personas sin hogar cubiertas por VAWA debido a acciones delictivas de otra persona que estén directamente relacionadas con el abuso o la violencia contemplados en VAWA contra usted, un miembro de su hogar u otra persona vinculada.

**¿Cómo pueden los inquilinos solicitar un traslado de emergencia?** Las víctimas de violencia o abuso contemplados en VAWA tienen derecho a solicitar un traslado de emergencia desde su unidad actual a otra unidad por motivos de seguridad relacionados con dicha violencia o abuso. No se puede garantizar un traslado de emergencia, pero usted puede solicitarlo cuando:

1. Usted (o un miembro de su hogar) sea víctima de violencia o abuso contemplados en VAWA;
2. Usted solicite expresamente el traslado de emergencia; Y
3. SE CUMPLA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
  - a. usted crea razonablemente que existe una amenaza de daño inminente derivado de más violencia (incluido el trauma) si usted (o un miembro de su hogar) permanece en la misma unidad de vivienda; O
  - b. Si usted (o un miembro de su hogar) es víctima de agresión sexual, y considera razonablemente que existe una amenaza de daño inminente derivado de violencia adicional —incluido el trauma— si usted (o un miembro de su hogar) permaneciera en la unidad, o bien si la agresión sexual ocurrió en las instalaciones y usted solicita un traslado de emergencia dentro de los 90 días (incluidos días festivos y fines de semana) posteriores a la fecha en que ocurrió dicha agresión.

Puede solicitar un traslado de emergencia incluso si no está cumpliendo con los términos del contrato de arrendamiento; por ejemplo, si debe el alquiler. Si solicita un traslado de emergencia, el proveedor de vivienda sujeto a la normativa debe mantener en estricta confidencialidad su solicitud, la información que proporcionó para realizarla y la ubicación de su nueva unidad. El proveedor de vivienda sujeto a la normativa está obligado a mantener un plan de traslado de emergencia conforme a la ley VAWA y a ponerlo a su disposición si usted lo solicita. Para pedir un traslado de emergencia o consultar el plan de traslado de emergencia VAWA del proveedor de vivienda, comuníquese con el administrador de la propiedad. El plan de traslado de emergencia VAWA incluye información sobre las medidas que toma el proveedor de vivienda para garantizar que su dirección y otra información relevante no se revelen a su agresor.

**¿Se puede desalojar al agresor o eliminarlo de mi contrato de arrendamiento?** Dependiendo de su situación específica, es posible que el proveedor de vivienda pueda dividir el contrato de arrendamiento para desalojar únicamente al agresor. Esto se conoce como "bifurcación del contrato de arrendamiento".

**¿Qué sucede si la bifurcación del contrato resulta en la expulsión del agresor, quien era el único inquilino que cumplía con los requisitos para la vivienda o la asistencia?** En esta situación, el proveedor de vivienda debe brindarles a usted y a los demás miembros del hogar la oportunidad de demostrar que reúnen los requisitos necesarios o de buscar otra vivienda. Si usted no puede o no desea demostrar que cumple con los requisitos, el proveedor de vivienda debe otorgarle un plazo razonable para mudarse o para acreditar su elegibilidad en otro programa de vivienda sujeto a esta normativa. Este plazo varía según el programa de vivienda de que se trate. La siguiente tabla muestra el plazo razonable establecido para cada programa de vivienda sujeto a la normativa de HUD. Los plazos para los programas de vivienda administrados por otras agencias son determinados por dichas agencias.

| Programa(s) de vivienda cubierto(s)                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Plazo razonable para que los miembros restantes del hogar continúen recibiendo asistencia, acrediten su elegibilidad o se muden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programas HOME y del Fondo Fiduciario de Vivienda (Housing Trust Fund), Programa de Continuidad de Atención (Continuum of Care) —excepto para vivienda de apoyo permanente—, programa ESG, programa de la Sección 221(d)(3), programa de la Sección 221(d)(5) y Programa de Asistencia para la Estabilidad de la Vivienda Rural. | Dado que estos programas no proporcionan vivienda ni asistencia basándose únicamente en la situación o las características de una sola persona, el inquilino (o los inquilinos) restante, o el miembro (o los miembros) de la familia participante en el programa CoC, pueden seguir recibiendo asistencia o residiendo en la vivienda asistida, según corresponda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Vivienda de apoyo permanente financiada por el Programa de Continuidad de la Atención (Continuum of Care Program)                                                                                                                                                                                                                | Los miembros restantes del hogar pueden recibir asistencia para el alquiler hasta el vencimiento del contrato de arrendamiento que esté vigente cuando se desaloje al miembro que cumple con los requisitos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Vales de elección de vivienda, vales basados en proyectos y programas de vivienda pública (para vales para fines especiales (por ejemplo, HUD-VASH, FUP, FYI, etc.), consulte también la guía específica del programa)                                                                                                           | <p>Si la persona retirada era el único inquilino que acreditaba un estatus de ciudadanía o migratorio elegible, se debe conceder a los miembros restantes del hogar un plazo de 30 días naturales, contados a partir de la fecha de la bifurcación del contrato de arrendamiento, para acreditar su elegibilidad para el programa o encontrar una vivienda alternativa.</p> <p>En el caso del programa HUD-VASH, si se retira al veterano, los miembros restantes de la familia pueden seguir recibiendo asistencia o residiendo en la vivienda asistida, según corresponda. Si el veterano era el único inquilino que acreditaba un estatus de ciudadanía o migratorio elegible, se debe conceder a los miembros restantes del hogar un plazo de 30 días naturales para acreditar su elegibilidad para el programa o encontrar una vivienda alternativa.</p> |
| PRAC y SPRAC de las Secciones 202/811                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se debe conceder a los miembros restantes del hogar un plazo de 90 días naturales —contados a partir de la fecha de la bifurcación del contrato de arrendamiento o hasta que este venza, lo que ocurra primero— para acreditar su elegibilidad para el programa o encontrar una vivienda alternativa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Sección 202/8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Los miembros restantes del hogar deben recibir 90 días calendario a partir de la fecha de la bifurcación del contrato de arrendamiento o cuando expire el contrato, lo que ocurra primero, para establecer la elegibilidad para el programa o encontrar una vivienda alternativa.</p> <p>Si la persona expulsada fue el único inquilino que estableció un estatus de ciudadanía/inmigración elegible, los miembros restantes del hogar deben tener 30 días calendario a partir de la fecha de la bifurcación del contrato de arrendamiento para establecer la elegibilidad para el programa o encontrar una vivienda alternativa.</p>                                                                                                                                                                                                                      |
| Sección 236 (incluido el RAP); Sección 8 basada en proyectos y Mod Rehab/SRO                                                                                                                                                                                                                                                     | Se debe conceder a los miembros restantes del hogar un plazo de 30 días naturales, a partir de la fecha de la bifurcación del contrato de arrendamiento, para acreditar su elegibilidad para el programa o encontrar una vivienda alternativa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| HOPWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se debe conceder a los miembros restantes del hogar un plazo de entre 90 días naturales y un año, a partir de la fecha de la bifurcación del contrato de arrendamiento, para acreditar su elegibilidad para el programa o encontrar una vivienda alternativa. Dicha fecha es establecida por el beneficiario de la subvención HOPWA o el patrocinador del proyecto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**¿Existen motivos por los que puedan desalojarme o hacerme perder la asistencia?** La ley VAWA no impide que le desalojen o que pierda la asistencia si incumple el contrato de arrendamiento, las normas del programa u otros requisitos por motivos ajenos a la violencia o el abuso cubiertos por VAWA cometidos contra usted o una persona vinculada a usted. Sin embargo, un proveedor de vivienda sujeto a esta normativa no puede aplicar normas más estrictas con usted que con otros inquilinos simplemente porque usted o una persona vinculada a usted haya sufrido abusos o violencia contemplados en VAWA. Asimismo, VAWA no impedirá el desalojo, la rescisión del contrato o la retirada de la asistencia si se demuestra que otros inquilinos o el personal de la vivienda corren un peligro físico inmediato que podría provocar lesiones corporales graves o la muerte si no se le desaloja o se le retira la asistencia. **Un proveedor de vivienda sujeto a esta normativa solo debe desalojarlo o cancelar su asistencia si no existe ninguna otra medida posible para reducir o eliminar la amenaza**, en caso de que usted o una persona vinculada a usted sufran abusos o violencia contemplados en la ley VAWA. Dicho proveedor debe entregarle una copia del "Aviso sobre los derechos de ocupación en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer" (Formulario HUD-5380) y de la "Certificación de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso" (Formulario HUD-5382) al momento de notificarle el desalojo o la cancelación de la asistencia, y antes de que se dé por terminado el arrendamiento.

**¿Qué necesito para acreditar que soy víctima de abusos o violencia contemplados en VAWA?** Si solicita la protección de VAWA, el proveedor de vivienda puede pedirle documentación que acredite que usted (o un miembro de su hogar) es víctima de dichos actos. PERO el proveedor de vivienda debe realizar esta solicitud por escrito y concederle un plazo mínimo de 14 días hábiles (sin contar fines de semana ni festivos) para responder; usted puede elegir libremente cualquiera de las siguientes opciones:

1. Un formulario de autocertificación (por ejemplo, el formulario HUD-5382), que el proveedor de vivienda sujeto a esta normativa debe entregarle junto con este aviso. Usted puede completar el formulario personalmente o bien otra persona puede hacerlo por usted;
2. Una declaración de un proveedor de servicios para víctimas o sobrevivientes, un abogado, un profesional de salud mental o un profesional médico que le haya ayudado a abordar los incidentes de violencia o abuso contemplados en la ley VAWA. El profesional debe declarar, "bajo pena de perjurio", que considera que los incidentes de violencia o abuso bajo la ley VAWA son reales y están cubiertos por dicha ley. Tanto usted como el profesional deben firmar la declaración;
3. Un registro policial, administrativo o judicial (como una orden de protección) que demuestre que usted (o un miembro de su hogar) fue víctima de violencia o abuso contemplado en la ley VAWA; O
4. Si el proveedor de vivienda sujeto a esta normativa lo permite, cualquier otra declaración o prueba que usted aporte.

Usted decide qué documentación presentar, y el proveedor de vivienda sujeto a esta normativa debe aceptar cualquiera de las opciones anteriores como documentación válida. El proveedor de vivienda tiene prohibido solicitar documentación adicional sobre su condición de víctima o exigir más de uno de estos tipos de documentación, a menos que reciba información contradictoria sobre la violencia o el abuso contemplados en la ley VAWA.

Si usted no presenta uno de estos tipos de documentación dentro del plazo establecido, el proveedor de vivienda no está obligado a otorgarle las protecciones de la ley VAWA que solicitó. Si la documentación recibida por el proveedor de vivienda contiene información contradictoria sobre la violencia o el abuso contemplados en la ley VAWA, dicho proveedor puede exigirle que presente documentación adicional de la lista anterior, pero debe concederle un plazo adicional de 30 días naturales para hacerlo.

**¿Se mantendrá confidencial mi información?** Si usted comparte información con un proveedor de vivienda sujeto a la normativa sobre los motivos por los que necesita las protecciones de VAWA, dicho proveedor debe mantener la información compartida en estricta confidencialidad. Esta información debe guardarse de forma segura y separada de sus otros expedientes como inquilino. Ninguna persona que trabaje para el proveedor de vivienda tendrá acceso a esta información, a menos que exista una razón que justifique específicamente dicho acceso, que el proveedor autorice expresamente el acceso por ese motivo y que dicha autorización cumpla con la legislación aplicable.

Su información **no se divulgará** a terceros ni se incluirá en una base de datos compartida con otras personas, salvo en las siguientes situaciones:

1. Si usted otorga permiso por escrito al proveedor de vivienda para compartir la información durante un tiempo limitado;
2. Si el proveedor de vivienda necesita utilizar dicha información en un procedimiento o una audiencia de desalojo; o
3. Si otra legislación aplicable exige que el proveedor de vivienda comparta la información.

**¿Cómo se aplican otras leyes?** La ley VAWA no limita la obligación del proveedor de vivienda sujeto a esta normativa de acatar las órdenes judiciales relativas al acceso o control de la propiedad, ni las órdenes de protección civil emitidas para salvaguardar a una víctima de abusos o violencia contemplados en la VAWA. Asimismo, la VAWA no exime al proveedor de vivienda de cumplir con las órdenes judiciales referentes a la distribución o posesión de bienes entre los miembros del hogar en caso de separación familiar. El proveedor de vivienda debe cumplir con todos los requisitos aplicables en materia de vivienda justa y derechos civiles.

**¿Puedo solicitar una adaptación razonable?** Si usted tiene una discapacidad, el proveedor de vivienda sujeto a esta normativa debe ofrecerle adaptaciones razonables en cuanto a normas, políticas, prácticas o servicios, siempre que sean necesarias para que usted pueda beneficiarse en igualdad de condiciones de las protecciones de la VAWA (por ejemplo, concediéndole más tiempo para presentar documentos o ayudándole a cumplimentar formularios). Puede solicitar una adaptación razonable en cualquier momento, incluso durante un proceso de desahucio. Si el proveedor deniega una adaptación específica por considerarla no razonable, deberá iniciar primero un proceso interactivo con usted para identificar posibles alternativas. Para solicitar una adaptación razonable, póngase en contacto con el administrador de la propiedad. El proveedor de vivienda también debe garantizar una comunicación efectiva con las personas con discapacidad.

**¿Se le han denegado las protecciones que le otorga la ley VAWA?** Si considera que el proveedor de vivienda sujeto a esta normativa ha vulnerado estos derechos, puede buscar ayuda contactando a una oficina regional de FHEO del HUD en <https://hcr.ny.gov/feho>. También puede encontrar información adicional sobre cómo presentar quejas relacionadas con VAWA en <https://www.hud.gov/VAWA> y [https://www.hud.gov/program\\_offices/fair\\_housing\\_equal\\_opp/VAWA](https://www.hud.gov/program_offices/fair_housing_equal_opp/VAWA). Para presentar una queja bajo VAWA, visite <https://www.hud.gov/fairhousing/fileacomplaint>.

**¿Necesita más ayuda?**

- ° Para obtener información adicional sobre VAWA y encontrar ayuda en su zona, visite <https://www.hud.gov/vawa>.
- ° Para hablar con un defensor de los derechos de vivienda, comuníquese con su Consejo de Vivienda (Housing Council) o Sociedad de Asistencia Legal (Legal Aid Society) local.

Se estima que la carga de notificación pública para esta recopilación de información oscila entre 45 y 90 minutos por respuesta de cada proveedor de vivienda sujeto a la normativa, dependiendo del programa. Esto incluye el tiempo necesario para imprimir y distribuir el formulario. Los comentarios sobre la exactitud de esta estimación de carga y cualquier sugerencia para reducirla pueden enviarse al Reports Management Officer, QDAM, Department of Housing and Urban Development, 451 7th Street, SW, Washington, D.C. 20410. Este aviso es obligatorio para los programas de vivienda sujetos a la normativa según la sección 41411 de VAWA y el reglamento 24 CFR 5.2003. Los proveedores de vivienda sujetos a la normativa deben entregar este aviso a los solicitantes e inquilinos para informarles sobre las protecciones de VAWA, tal como se especifica en la sección 41411(d)(2). Este es un modelo de aviso y no se está recopilando información. Una agencia federal no puede recopilar esta información, y usted no está obligado a completar este formulario, a menos que este muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) vigente.

## CERTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO, AGRESIÓN SEXUAL, O ACOSO, Y DOCUMENTACIÓN ALTERNATIVA

**Nota de confidencialidad:** Toda la información personal que comparte en este formulario será guardada por su proveedor de vivienda cubierta, de acuerdo con las disposiciones de confidencialidad que se detallan a continuación.

**Finalidad del formulario:** Si usted es inquilino o solicitante de vivienda con asistencia bajo un programa de vivienda cubierta, o si solicita o recibe vivienda de transición o asistencia para el alquiler bajo un programa de vivienda cubierta, y solicita protección bajo la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA), puede utilizar este formulario para cumplir con la solicitud de un proveedor de vivienda cubierta de documentación escrita de su condición de víctima. Este formulario se acompaña de un "Aviso de Derechos de Ocupación Bajo la Ley de Violencia contra la Mujer", Formulario HUD-5380.

**La Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA) protege a las personas y familias, independientemente de la edad, el sexo o el estado civil de la víctima.**

No se espera, **ni se le puede pedir ni exigir**, que declare, documente o demuestre su condición de víctima ni violencia/abuso según la VAWA, salvo lo establecido en el "Aviso de Derechos de Ocupación en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer", formulario HUD-5380.

Este formulario es **una de las opciones disponibles** para responder a la solicitud por escrito de un proveedor de vivienda cubierto para que documente su condición de víctima o el/los incidente(s) de violencia/abuso según la VAWA. Si lo desea, puede presentar uno de los tipos de documentación de terceros descritos en el Formulario HUD-5380, en la sección titulada "¿Qué necesito para documentar que soy víctima?" Su proveedor de vivienda cubierta debe darle al menos 14 días hábiles (no se cuentan los fines de semana ni los días festivos) para responder a su solicitud por escrito de esta documentación.

**¿Se mantendrá la confidencialidad de mi información?** Siempre que solicite o consulte sobre las protecciones de la VAWA, su proveedor de vivienda cubierto debe mantener estrictamente confidencial cualquier información que proporcione sobre la violencia/abuso bajo la VAWA o sobre el hecho de que usted (o un miembro de su hogar) es víctima, incluida la información de este formulario. Esta información debe mantenerse segura y separada de los archivos de sus otros inquilinos. Solo un empleado/agente de su proveedor de vivienda cubierto puede acceder a esta información si (1) el acceso se requiere por una razón específica, (2) su proveedor de vivienda cubierta autoriza explícitamente el acceso de esa persona por esa razón, y (3) la autorización cumple con la ley aplicable. Esta información no se compartirá con nadie más ni se incluirá en una base de datos compartida con nadie más, a menos que su proveedor de vivienda cubierto (1) obtenga su permiso por escrito para hacerlo por un tiempo limitado, (2) esté obligado a hacerlo como parte de una audiencia de desalojo o terminación, o (3) esté obligado a hacerlo por ley.

Además, su proveedor de vivienda cubierta debe mantener su dirección estrictamente confidencial para garantizar que no se divulgue a una persona que cometió o amenazó con cometer violencia o abuso VAWA contra usted (o un miembro del hogar).

**¿Qué pasa si necesito esta información en un idioma distinto del español?** Para leerla en otro idioma, comuníquese con la administración de la propiedad o visite <https://hcr.ny.gov/marketing-plans-policies>. Puede leer los formularios de VAWA traducidos en [https://www.hud.gov/program\\_offices/administration/hudclips/forms/hud5a#4](https://www.hud.gov/program_offices/administration/hudclips/forms/hud5a#4). Si habla o lee en un idioma distinto del inglés, su proveedor de vivienda cubierta debe brindarle asistencia lingüística con respecto a las protecciones de VAWA (por ejemplo, interpretación oral o traducción escrita).

**¿Puedo solicitar una adaptación razonable?** Si tiene una discapacidad, su proveedor de vivienda amparada debe proporcionar adaptaciones razonables a las normas, políticas, prácticas o servicios que sean necesarios para que usted se beneficie por igual de las protecciones de la VAWA (por ejemplo, dándole más tiempo para presentar documentos o asistencia para completar formularios). Puede solicitar una adaptación razonable en cualquier momento, incluso por primera vez durante un desalojo. Si un proveedor le niega una adaptación razonable específica porque no lo es, su proveedor de vivienda amparada debe primero iniciar un proceso interactivo con usted para identificar posibles

adaptaciones alternativas. Su proveedor de vivienda amparada también debe garantizar una comunicación eficaz con las personas con discapacidad.

**¿Necesita más ayuda?** Para obtener más información sobre la VAWA y encontrar ayuda en su zona, visite <https://www.hud.gov/vawa>. Para hablar con un asesor de vivienda, comuníquese con el Centro de Violencia Doméstica Willow al 585-222-SAFE.

**PARA SER COMPLETADO POR O EN NOMBRE DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, VIOLENCIA DE NOVIEMBRE, AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO**

1. **Nombre(s) de el/la o las/los víctima(s):** \_\_\_\_\_
2. **Su nombre** *(si es diferente al de el/la víctima):* \_\_\_\_\_
3. **Nombre(s) de otros miembros del hogar:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. **Nombre de el/la autor(a)** *(si se conoce y puede revelarse con seguridad):* \_\_\_\_\_
5. **¿Cuál es la forma más segura de contactarlo/la?** *(Puede elegir más de una).*

Si algún dato de contacto cambia o ya no es un método seguro, notifique a su proveedor de vivienda.

☐ Teléfono Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro/a para recibir un correo de voz: ☐ Sí ☐ No

☐ Correo electrónico Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro/a para recibir un correo electrónico: ☐ Sí ☐ No

☐ Correo Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Es seguro recibir correo de su proveedor de vivienda ☐ Sí ☐ No

☐ Otra Por favor enumere:: \_\_\_\_\_

**¿Hay algo más que su proveedor de vivienda debería saber para comunicarse con usted de forma segura?**

---

### **Definiciones aplicables de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acecho:**

*La violencia doméstica* incluye delitos graves o menores de violencia cometidos por un cónyuge actual o anterior o pareja íntima de la víctima, por una persona con quien la víctima comparte un hijo en común, por una persona que vive o ha vivido con la víctima como cónyuge o pareja íntima, por una persona en situación similar a la de un cónyuge de la víctima según las leyes de violencia doméstica o familiar de la jurisdicción, o por cualquier otra persona contra una víctima adulta o joven que esté protegida de los actos de esa persona según las leyes de violencia doméstica o familiar de la jurisdicción.

El cónyuge o pareja íntima de la víctima incluye a una persona que está o ha estado en una relación social de naturaleza romántica o íntima con la víctima, según lo determinado por la duración de la relación, el tipo de relación y la frecuencia de interacción entre las personas involucradas en la relación.

*La violencia en el noviazgo* significa violencia cometida por una persona:

- (1) Que tenga o haya tenido una relación social de naturaleza romántica o íntima con la víctima; y
- (2) La existencia de dicha relación se determinará considerando los siguientes factores: (i) La duración de la relación; (ii) El tipo de relación; y (iii) La frecuencia de interacción entre las personas involucradas en la relación

*Agresión sexual* significa cualquier acto sexual no consensuado prohibido por la ley federal, tribal o estatal, incluso cuando la víctima no tiene capacidad para dar su consentimiento.

*El acecho* significa participar en una conducta dirigida a una persona específica que causaría que una persona razonable:

- (1) Temiera por su seguridad individual o la de los demás, o
- (2) Sufriera una angustia emocional considerable.

**Certificación del solicitante o inquilino:** Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y recordar, y que uno o más miembros de mi hogar es o ha sido víctima de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acecho como se describe en las definiciones aplicables anteriores.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Se estima que la carga de reporte público** para esta recopilación de información es de un promedio de 20 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo de recopilación, revisión y reporte. Los comentarios sobre la precisión de esta estimación y cualquier sugerencia para reducirla pueden enviarse al Oficial de Gestión de Reportes, QDAM, Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, 451 7th Street, SW, Washington, DC 20410. Los proveedores de vivienda en programas cubiertos por la VAWA pueden solicitar certificación de que el solicitante o inquilino es víctima de violencia/abuso según la VAWA. Una agencia federal no puede recopilar esta información, y usted no está obligado a completar este formulario, a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto vigente.

## AVISO QUE REVELA LOS DERECHOS DE LOS INQUILINOS A ADAPTACIONES RAZONABLES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

### Adaptaciones razonables

La Ley de Derechos Humanos del Estado de Nueva York requiere que los proveedores de vivienda hagan adaptaciones razonables o modificaciones a un edificio o espacio habitable para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades. Por ejemplo, si tiene un impedimento físico, mental o médico, puede pedirle a su proveedor de vivienda que haga accesibles las áreas comunes de su edificio o que cambie ciertas políticas para satisfacer sus necesidades.

Para solicitar una adaptación razonable, debe comunicarse con el administrador de su propiedad a través de Llamar al **(585) 289-3165** o enviar correos electrónicos [ShortsvilleMeadows@dor.org](mailto:ShortsvilleMeadows@dor.org).\*

Deberá informar a su proveedor de vivienda que tiene una discapacidad o problema de salud que interfiere con su uso de la vivienda, y que su solicitud de alojamiento puede ser necesaria para brindarle igualdad de acceso y oportunidad de usar y disfrutar de su vivienda o las comodidades y servicios que normalmente ofrece su proveedor de vivienda. Un proveedor de vivienda puede solicitar información médica, cuando sea necesario para apoyar que hay una discapacidad cubierta y que la necesidad de la adaptación está relacionada con la discapacidad. Si cree que se le ha negado una adaptación razonable para su discapacidad, o que se le negó la vivienda o se le tomaron represalias porque solicitó una adaptación razonable, puede presentar una queja ante la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York como se describe al final de este aviso. Específicamente, si tiene un impedimento físico, mental o médico, puede solicitar:

Permiso para cambiar el interior de su unidad de vivienda para que sea accesible (sin embargo, debe pagar por estas modificaciones, y en el caso de un alquiler, su proveedor de vivienda puede requerir que restaure la unidad a su condición original cuando se mude); Cambios en las reglas, políticas, prácticas o servicios de su proveedor de vivienda; Cambios en las áreas comunes del edificio para que tenga la misma oportunidad de usar el edificio. La Ley de Derechos Humanos del Estado de Nueva York requiere que los proveedores de vivienda paguen por modificaciones razonables a las áreas de uso común. Ejemplos de modificaciones y adaptaciones razonables que pueden solicitarse bajo la Ley de Derechos Humanos del Estado de Nueva York incluyen:

- Si tiene un impedimento de movilidad, es posible que su proveedor de vivienda deba proporcionarle una rampa u otros medios razonables para permitirle entrar y salir del edificio.
- Si su proveedor de atención médica proporciona documentación de que tener un animal ayudará con su discapacidad, se le debe permitir tener al animal en su hogar a pesar de la regla de "no mascotas".
- Si necesita barras de apoyo en su baño, puede solicitar permiso para instalarlas a su cargo. Si su vivienda fue construida para su primera ocupación después del 13 de marzo de 1991 y las paredes necesitan ser reforzadas para barras de apoyo, su proveedor de vivienda debe pagar para que eso se haga.
- Si tiene un impedimento que requiere un espacio de estacionamiento cerca de su unidad, puede solicitar a su proveedor de vivienda que le proporcione ese espacio de estacionamiento o colocarlo en la parte superior de una lista de espera si no hay un lugar adyacente disponible.
- Si tiene una discapacidad visual y requiere avisos impresos en un formato alternativo, como letra grande, o necesita que los avisos estén disponibles para usted electrónicamente, puede solicitar esa adaptación a su arrendador.

---

\*El Aviso debe incluir información de contacto cuando se proporcione en virtud de 466.15 (d) (1), arriba. Sin embargo, cuando se proporciona bajo (d)(2) y cuando no se conoce esta información, la oración puede decir "Para solicitar una adaptación razonable, debe comunicarse con el administrador de su propiedad".

t Este Aviso proporciona información sobre sus derechos bajo la Ley de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, que se aplica a las personas que residen en cualquier lugar del Estado de Nueva York. Las leyes locales pueden proporcionar protecciones adicionales a las descritas en este Aviso, pero las leyes locales no pueden disminuir sus protecciones.

## Estándares de Accesibilidad Requeridos

Todos los edificios construidos para su uso después del 13 de marzo de 1991 deben cumplir con los siguientes estándares:

- Las áreas públicas y comunes deben ser fácilmente accesibles y utilizables por las personas con discapacidad;
- Todas las puertas deberán ser lo suficientemente anchas para permitir el paso de personas en silla de ruedas; y
- Todos los edificios multifamiliares deben contener pasillos, accesorios, tomacorrientes, termostatos, baños y cocinas accesibles.

Si cree que su edificio no cumple con los estándares de accesibilidad requeridos, puede presentar una queja ante la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York.

## Cómo Presentar una Queja

La denuncia debe presentarse ante la División en el plazo de un año a partir del presunto acto discriminatorio o ante el tribunal en el plazo de tres años a partir del presunto acto discriminatorio. Puede encontrar más información sobre sus derechos y sobre los procedimientos para presentar una queja, yendo a [www.dhr.ny.gov](http://www.dhr.ny.gov) o llamando al 1-888-392-3644. Puede obtener un formulario de queja en el sitio web, o se le puede enviar uno por correo electrónico o por correo. También puede llamar o enviar un correo electrónico a una oficina regional de la División. Las oficinas regionales se enumeran en el sitio web.

## **Conozca sus derechos: la política antidiscriminatoria del estado de Nueva York al evaluar a los solicitantes de viviendas financiadas por el estado involucrados en la justicia**

Si está solicitando vivienda financiada por el estado y tiene un historial de participación en el sistema de justicia penal, tiene derechos y protecciones.

### **Sólo hay dos razones obligatorias por las que puedes ser rechazado automáticamente:**

1. Condena por producción de metanfetamina en el hogar; y
2. Estar registrado de por vida en una base de datos de delincuentes sexuales estatal o federal.

### **No puede ser rechazado por:**

1. Todos los arrestos pendientes (incluidos aquellos con aplazamientos en previsión de despido (ACOD));
2. Actas de arresto que fueron resueltas a su favor;
3. Condenas por delitos cometidos antes de cumplir los 18 años;
4. Condenas por delitos menores que ocurrieron hace más de 1 año;
5. Condenas por delitos graves que ocurrieron hace más de 5 años;
6. Condenas que resultaron en encarcelamiento/supervisión de libertad condicional, de las cuales fue liberado hace más de 1 año;
7. Condenas que no involucraron violencia física o peligro para personas o bienes, o que no afectaron la salud, seguridad y bienestar de otros;
8. Condenas por las cuales haya recibido un Certificado de Buena Conducta o Certificado de Alivio de Incapacidades que sea permanente y cubra vivienda.
9. Sentencias sobre infractores juveniles;
10. Condenas por violaciones selladas de conformidad con la Sección 160.55 de la Ley de Procedimiento Penal del Estado de Nueva York;
11. Condenas selladas de conformidad con la Sección 160.58 o 160.59 de la Ley de Procedimiento Penal del Estado de Nueva York;
12. Condenas excusadas mediante indulto, revocadas en apelación o anuladas

### **No se le puede preguntar sobre 9-12 arriba**

Si un proveedor de vivienda le pregunta sobre ellos o sobre cualquier arresto pendiente con una ACOD, puede responder como si el arresto, la condena o la adjudicación protegida nunca hubieran ocurrido. Si cree que ha sido discriminado por estas protecciones, presente una queja ante la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York:

<https://dhr.ny.gov/complaint>

Se le deben dar 14 días para proporcionar información adicional antes de cualquier rechazo

Se le debe contactar y proporcionar 14 días hábiles para proporcionar información relevante adicional, que incluye:

1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la(s) condena(s)?
2. ¿Qué edad tenía usted en el momento de la(s) condena(s)?
3. ¿Qué tan seria fue la(s) condena(s)?
4. Evidencia sobre su rehabilitación, incluidos programas de tratamiento, trabajo voluntario, empleo remunerado, etc. desde su(s) condena(s)
5. ¿Hubo circunstancias atenuantes en torno al delito que redujeron la gravedad del mismo?

Si no se le dio la oportunidad de responder estas preguntas, o si cree que el proveedor de vivienda no evaluó adecuadamente su solicitud y le negó injustamente la vivienda, comuníquese con la Oficina de Vivienda Justa y Equitativa de Renovación Comunitaria y de Hogares del Estado de Nueva York en [feho@hcr.ny.gov](mailto:feho@hcr.ny.gov) para obtener ayuda. Más información está disponible aquí: <https://hcr.ny.gov/marketing-plans-policies#credit-and-justice-involvement--assessment-policies>

Oficina de Vivienda Justa y Equitativa (FEHO) de NYS HCR - <https://hcr.ny.gov/fair-housing>

Fecha del formulario: 12 de septiembre de 2022



## ***Vivienda Rural Programas Comunitarios***

### ***Cosas que debe saber sobre las viviendas de alquiler rural del USDA***

**No se arriesgue a perder sus oportunidades de vivienda con asistencia federal al proporcionar información falsa, incompleta o inexacta en su solicitud o recertificación**

#### ***Sanciones por cometer fraude***

*Debe proporcionar información sobre el estado de su hogar y sus ingresos cuando solicite vivienda asistida en apartamentos financiados por el Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA). El USDA otorga una alta prioridad a la prevención del fraude. Si deliberadamente omite información o proporciona información falsa a la empresa administradora en su solicitud o formularios de recertificación, es posible que:*

- *Desalojado de su apartamento;*
- *Necesidad de reembolsar toda la asistencia de alquiler adicional que recibió en base a información defectuosa;*
- *Multado;*
- *Encarcelado y/o inhabilitado para recibir asistencia en el futuro.*

Su estado y los gobiernos locales también pueden tener leyes que les permitan imponer otras sanciones por fraude además de las enumeradas aquí.

#### ***Cómo completar su aplicación***

*Cuando se reúna con el propietario para completar su solicitud, debe proporcionar información sobre:*

■ ***Todos los ingresos del hogar.*** Enumere todas las fuentes de dinero que recibe. Si algún otro adulto vivirá con usted en el apartamento, también debe incluir todos sus ingresos. Las fuentes de dinero incluyen:

- Salarios, indemnizaciones por desempleo e invalidez, prestaciones sociales, pensiones alimenticias, prestaciones del Seguro Social, pensiones, etc.;
- Cualquier dinero que reciba en nombre de sus hijos, como pensión alimenticia, Seguro Social de los hijos, etc.;
- Ingresos de activos tales como intereses de una cuenta de ahorros, cooperativa de crédito, certificado de depósito, dividendos en acciones, etc.;
- Cualquier ingreso que espere recibir, como un aumento de sueldo o una bonificación.

■ ***Todos los bienes del hogar.*** Enumere todos los activos que tiene. Si otros adultos van a vivir con usted, también debe enumerar todos sus bienes. Los activos incluyen:

- Cuentas bancarias, bonos de ahorro, certificados de depósito, acciones, inmuebles, etc.;
- Cualquier negocio o activo que haya vendido en los últimos 2 años por menos de su valor total, como vender su casa a sus hijos.

■ ***Todos los miembros del hogar.*** Enumere los nombres de todas las personas, incluidos adultos y niños, que realmente vivirán con usted en el apartamento, ya sea que estén relacionados con usted o no.

#### ***Pida ayuda si la necesita***

*Si tiene problemas para entender alguna parte de la solicitud, infórmele al arrendador y pídale ayuda con cualquier pregunta que pueda tener. El arrendador está capacitado para ayudarlo con el proceso de solicitud.*

#### ***Antes de firmar la solicitud***

- *Asegúrese de leer toda la solicitud y entender todo lo que dice;*
- *Verifíquelo cuidadosamente para asegurarse de que todas las preguntas hayan sido respondidas de manera completa y precisa;*
- *No lo firme a menos que esté seguro de que no hay errores o falta información.*

*Al firmar los formularios de solicitud y certificación, declara que están completos a su leal saber y entender. Firmar un formulario cuando sabe que contiene información errónea se considera fraude.*

#### ***Recertificación del inquilino***

*Los residentes de viviendas asistidas financiadas por el USDA deben proporcionar información actualizada a la empresa administradora al menos una vez al año. Pregúntele a su arrendador cuándo debe volver a certificar sus ingresos.*

*Debe informar de inmediato:*

- *Cualquier cambio en los ingresos de \$100 o más por mes; e*
- *Cualquier cambio en el número de miembros del hogar.*

*Para su recertificación anual, debe reportar:*

- *Todos los cambios de ingresos, como aumentos en el pago o beneficios, cambio de trabajo o pérdida de trabajo, pérdida de beneficios, etc., para cualquier miembro adulto del hogar;*

■ Cualquier miembro del hogar que se haya mudado adentro o afuera; e Todos los activos que usted o sus compañeros de casa adultos posean, o cualquier activo que se haya vendido en los últimos 2 años por menos de su valor total.

## Evite el fraude, informe el abuso:

- No pague dinero para presentar su solicitud;
- No pague dinero para avanzar en la lista de espera; ■ No pague por nada que no esté cubierto por su contrato de arrendamiento;
- Obtener recibos de cualquier dinero que pague;
- Obtenga una explicación por escrito de cualquier dinero que deba pagar además del alquiler, como los cargos de mantenimiento.

**Denuncie el abuso:** si conoce a alguien que haya falsificado una solicitud o que trate de persuadirlo para que haga declaraciones falsas, denúncielo al gerente. Si no puede informar a su gerente, llame a su oficina local o estatal del USDA al 1 (800) 670-6553, o escriba: USDA, STOP 0782, 1400 Independence Ave., SW, Washington, DC 20250.

## Si no está de acuerdo con una decisión

Los inquilinos pueden presentar una queja por escrito con el propietario del complejo en respuesta a las acciones del propietario, o la falta de acción, que resulte en una denegación, reducción significativa o terminación de los beneficios. También se pueden presentar quejas cuando un inquilino disputa el aviso del propietario sobre la acción adversa propuesta.

### Aviso de acción adversa

El propietario del complejo debe notificar a los inquilinos por escrito sobre cualquier acción propuesta que pueda tener consecuencias adversas, como la denegación de ocupación y los cambios en las reglas de ocupación o el contrato de arrendamiento. El aviso por escrito debe brindar razones específicas para la acción propuesta y también debe informar a los inquilinos sobre el “derecho a responder al aviso dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del aviso” y sobre el “derecho a una audiencia”. Los complejos de viviendas en áreas con concentración de personas que no hablan inglés deben enviar avisos en inglés y en la mayoría de los idiomas que no sean inglés.

### Descripción general del proceso de quejas

USDA cree que la mejor manera de resolver las quejas es a través de una reunión informal entre los inquilinos y el arrendador o propietario. Una vez que el propietario se entera de la queja de un inquilino, el proceso debe comenzar con una reunión informal entre las dos partes. Los propietarios deben ofrecer reunirse con los inquilinos para discutir la queja dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la queja. El USDA alienta a los propietarios e inquilinos a tratar de llegar a una resolución mutuamente satisfactoria del problema en la reunión.

Si la queja no se resuelve, el inquilino debe solicitar una audiencia dentro de los 10 días posteriores a la recepción de los resultados de la reunión. Luego, las partes seleccionarán un panel de audiencia o un oficial de audiencia para que gobierne la audiencia. Todas las partes son notificadas de la decisión 10 días después de la audiencia.

### Cuando una queja es legítima

El arrendador debe determinar si una queja se encuentra dentro de las reglas establecidas para el programa. Por ejemplo, “Quiero presentar una queja porque el gerente no me habla” no es una queja legítima. Sin embargo, “Quiero presentar una queja porque el administrador no mantiene la propiedad de acuerdo con las pautas del USDA” es una queja legítima. A continuación se presentan ejemplos de casos en los que los inquilinos pueden y no pueden presentar una queja.

| No se puede presentar una denuncia con el propietario/administración si:                                                                                                                                                                                                                                                            | Se puede presentar una denuncia con el propietario/administración si:                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| USDA ha autorizado un pro-Cambio de alquiler planteado.                                                                                                                                                                                                                                                                             | Hay una modificación de la arrendamiento, o cambios en las reglas o el alquiler que no están autorizados por el USDA. |
| Un inquilino cree que él/ella ha sido discriminado por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado familiar o discapacidad. Las quejas por discriminación deben presentarse ante el USDA y/o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD), no ante el propietario/administración. | El propietario o la administración falla mantener la propiedad de manera decente, segura e higiénica.                 |
| El complejo formó una asociación de inquilinos y todas las partes acordaron utilizar la asociación para resolver las quejas.                                                                                                                                                                                                        | El propietario viola un contrato de arrendamiento regla de visión o de ocupación.                                     |
| USDA ha requerido un cambio en se han dado las reglas y avisos apropiados.                                                                                                                                                                                                                                                          | A un inquilino se le niega la entrada a el complejo.                                                                  |
| El arrendatario está violando el arrendamiento y el resultado es la terminación del arrendamiento.                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       |
| Hay disputas entre inquilinos que no involucran al propietario/administración.                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                       |
| Los inquilinos son desplazados u otros los efectos adversos ocurren como resultado del pago anticipado del préstamo.                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |

PA 1998; diciembre de 2008

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad y, cuando corresponda, sexo, estado civil, estado familiar, estado parental, religión, orientación sexual, información genética, creencias políticas, represalias o porque la totalidad o una parte de los ingresos de una persona se derivan de cualquier programa de asistencia pública. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas). Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos para la comunicación de la información del programa (braille, letras grandes, cintas de audio, etc.) deben comunicarse con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TDD).

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.



# Aplicación de Renta



Shortsville Meadows  
45 East Avenue  
Shortsville, New York 14548  
Teléfono: (585) 289-3165, TTY (800) 662-1220

**Sólo para el uso de la oficina:**  
Preference Eligibility: \_\_\_\_\_  
Unit size \_\_\_\_\_  
HCV \_\_\_\_\_

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEBEN SER INCLUIDOS EN LA APLICACIÓN. IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN.

| INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE                                  |                      |                         |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE                                                   |                      | DIRECCIÓN ACTUAL        |
| TELÉFONO DE CASA<br>( )                                                  |                      | CÓDIGO POSTAL           |
| TELÉFONO MÓVIL<br>( )                                                    | TELÉFONO DEL TRABAJO | ALQUILER MENSUAL ACTUAL |
| MOTIVO PARA MUDARSE                                                      |                      | CORREO ELECTRÓNICO      |
| ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA ORGANIZACIÓN?                                 |                      |                         |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN ACTUAL DEL PROPIETARIO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL |                      |                         |

| INFORMACIÓN DEL HOGAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enumere a todas las personas que vivirán en el apartamento o se unirán a la familia en los próximos 12 meses, su relación con el jefe de familia, el número de seguro social, la fecha de nacimiento y el estado de estudiante a tiempo completo para cualquier miembro que esté actualmente inscrito, espera inscribirse o se inscribió previamente por una parte de 5 meses en el año calendario actual. Incluye grados K-12, colegio, universidad, comercio y escuelas mecánicas. |

| JEFE DE INFORMACIÓN DEL HOGAR      |              |                                                                                                                                                  |                                   |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO) |              | RELACIÓN CON EL JEFE/LA JEFA DE HOGAR                                                                                                            | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL/ITIN # |
|                                    |              | <b>JEFE/JEFA</b>                                                                                                                                 |                                   |
| TODOS LOS ESTADOS VIVIERON EN:     | ESTADO CIVIL | ALUMNO/A<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br><br>DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)    |

PARA MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR: Complete cada una de las siguientes secciones para cada miembro individual del hogar.

|                                    |              |                                                                                                                                                  |                                   |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO) |              | RELACIÓN CON EL JEFE/LA JEFA DE HOGAR                                                                                                            | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL/ITIN # |
|                                    |              |                                                                                                                                                  |                                   |
| TODOS LOS ESTADOS VIVIERON EN:     | ESTADO CIVIL | ALUMNO/A<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br><br>DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)    |

PARA MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR: Complete cada una de las siguientes secciones para cada miembro individual del hogar.

|                                    |              |                                                                                                                                                  |                                   |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO) |              | RELACIÓN CON EL JEFE/LA JEFA DE HOGAR                                                                                                            | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL/ITIN # |
|                                    |              |                                                                                                                                                  |                                   |
| TODOS LOS ESTADOS VIVIERON EN:     | ESTADO CIVIL | ALUMNO/A<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br><br>DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)    |

**PARA MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR:** Complete cada una de las siguientes secciones para cada miembro individual del hogar.

|                                    |              |                                                                                                                                                  |                                   |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO) |              | RELACIÓN CON EL JEFE/ LA JEFA DE HOGAR                                                                                                           | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL/ITIN # |
| TODOS LOS ESTADOS VIVIERON EN:     | ESTADO CIVIL | ALUMNO/A<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br><br>DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)    |

### Información Adicional

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ¿Qué tamaño de apartamento está solicitando?                                                                                                   | Marque todo lo que corresponda:<br><input type="checkbox"/> 1 Dormitorio <input type="checkbox"/> 2 Dormitorio                                                                       |                                                         |
| ¿Se beneficiaría de las características especiales de un apartamento accesible?*                                                               | <input type="checkbox"/> Acceso para una silla de ruedas<br><input type="checkbox"/> Personas con discapacidad auditiva<br><input type="checkbox"/> Personas con discapacidad visual | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Se consideraría usted u otro miembro adulto del hogar como anciano frágil?                                                                    |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Es usted u otro miembro adulto del hogar un veterano?*                                                                                        |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Tiene un animal de servicio o de apoyo emocional? En caso afirmativo, se le pedirá que solicite una adaptación razonable.                     |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Algún miembro del hogar ha sido condenado por un delito grave en los últimos 5 años?***                                                       | En caso afirmativo, fecha de condena:                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Algún miembro del hogar ha sido condenado o está en proceso de ser condenado por la fabricación y/o distribución de una sustancia controlada? |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Algún miembro del hogar está sujeto a algún requisito estatal de registro de delincuentes sexuales de por vida?                               |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Si corresponde, ¿todos los niños en el hogar viven con usted el 50% o más del tiempo?                                                          |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted o algún miembro adulto del hogar requerirá un asistente de cuidado para vivir independientemente?                                       |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Es su razón para mudarse debido a una violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o situación de acoso?                         |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Alguien en el hogar tiene un comprobante de elección de vivienda o está recibiendo asistencia de vivienda de otra fuente?                     |                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

\*Si usted o algún miembro de su hogar está discapacitado y necesita una adaptación para utilizar plenamente nuestra propiedad, complete una solicitud de adaptación razonable (los formularios se pueden obtener en la oficina de alquiler). La Ley de Derechos Humanos del Estado de Nueva York define la discapacidad como (i) un impedimento físico, mental o médico resultante de condiciones anatómicas, fisiológicas, genéticas o neurológicas que impide el ejercicio de una función corporal normal o es demostrable mediante una técnica de diagnóstico clínico o de laboratorio médicamente aceptada, o; (ii) un registro de dicho deterioro, o; (iii) una condición considerada por otros como tal impedimento.

\*\*Veteranos o su cónyuge, lo que significa aquellos que han servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos: (i) durante un período de al menos 6 meses (o cualquier período más corto debido a lesiones sufridas en dicho servicio) y posteriormente han estado dados de baja o liberados del mismo en condiciones que no sean deshonrosas, o (ii) que hayan sido dados de baja o liberados del servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos sobre la base de su orientación sexual, identidad o expresión de género, conducta sexual consensual o actos consensuales relacionados a orientación sexual, o la divulgación de declaraciones, conductas o actos del individuo que fueron prohibidos por las fuerzas armadas de los Estados Unidos en el momento de su baja, o (iii) son los cónyuges sobrevivientes de cualquiera de las categorías (i) o (ii).

\*\*\*A los solicitantes con antecedentes penales por delitos que implicaron peligro físico o violencia a personas o propiedades o que afectaron negativamente la salud, la seguridad y el bienestar de otras personas no se les negará automáticamente. La administración completará una evaluación individualizada de acuerdo con las pautas de Renovación Comunitaria y de Viviendas del Estado de Nueva York (hcr.ny.gov). La evaluación permitirá a los solicitantes revisar, impugnar y explicar la información contenida en la verificación de antecedentes penales y presentar evidencia de rehabilitación. Los solicitantes con antecedentes penales recibirán los materiales de Conozca sus derechos en el momento en que soliciten más información y en caso de rechazo.

## Ingresos y activos

Incluya ingresos y activos para TODOS los miembros del hogar, incluidos los ingresos y activos de los niños.

### LISTE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS:

Esto incluye, entre otros, empleo a tiempo completo o parcial, autoempleo, agencias de asistencia social, seguridad social, pensiones, SSI, SSD, SSP, fuerzas armadas/reservas, desempleo, discapacidad, cuidado de niños, mantenimiento conyugal (pensión alimenticia), manutención infantil, subvenciones/estipendios para estudiantes, ingresos por alquileres, ingresos por obsequios, pagos regulares de anualidades, 401K e IRA.

|                   |                    |                    |
|-------------------|--------------------|--------------------|
| MIEMBRO DEL HOGAR | FUENTE DE INGRESOS | PAGO BRUTO MENSUAL |
| MIEMBRO DEL HOGAR | FUENTE DE INGRESOS | PAGO BRUTO MENSUAL |
| MIEMBRO DEL HOGAR | FUENTE DE INGRESOS | PAGO BRUTO MENSUAL |

\* Adjunte páginas según sea necesario para obtener fuentes adicionales de ingresos de los miembros del hogar.

### LISTA DE TODOS LOS ACTIVOS:

Esto incluye, entre otros, cuentas de cheques, ahorros, mercado monetario, 529 (ahorros universitarios) y UTMA, CD, cuentas de corretaje, acciones, bonos, cuentas de jubilación, incluidas IRA, Roth, Keogh, 401K y 403B, anualidades, pólizas de seguro de vida entera, tarjetas de débito financiadas/prepagas y cuentas en línea (PayPal, DraftKings, etc.).

Por favor verifique todos los activos que tiene:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|
| DE CHEQUES <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> VALORES <input type="checkbox"/> RETIRO <input type="checkbox"/> SEGURO DE VIDA <input type="checkbox"/> DÉBITO <input type="checkbox"/><br>FINANCIADO <input type="checkbox"/> OTRA/O <input type="checkbox"/> | VALOR TOTAL DE TODOS LOS ACTIVOS: |                                          |
| ¿TIENE PROPIEDAD INMOBILIARIA?<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                        | VALOR DE MERCADO:                 | SI "OTRO" SELECCIONADO ARRIBA, EXPLIQUE: |

**LISTA TODOS LOS GASTOS MÉDICOS/CUIDADO INFANTIL/AYUDA PARA DISCAPACITADOS:** Se permite una deducción para hogares cuyo jefe o codirector sea anciano (62 años o más), discapacitado o discapacitado (sin importar la edad).

| ¿Está usted o alguien en su hogar buscando deducción?                                                             | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                       | En caso afirmativo, debe proporcionar evidencia en forma de una declaración de una persona calificada. <b>No es necesario revelar la naturaleza de una minusvalía o discapacidad.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                |       |            |  |  |          |  |  |  |          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|-------|------------|--|--|----------|--|--|--|----------|--|
| <b>Costos médicos</b><br>Primas de Medicare                                                                       | <u><b>cantidad mensual</b></u><br>\$ _____<br>\$ _____                                                                                           | <b>Gastos de asistencia para discapacitados</b><br>*Complete solo si los gastos para discapacitados permiten que un miembro del hogar trabaje o asista a la escuela.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                |       |            |  |  |          |  |  |  |          |  |
| <b>Cobertura de seguro médico</b><br>Nombre del asegurador: _____<br>Dirección: _____                             | <u><b>cantidad mensual</b></u><br>\$ _____<br>\$ _____                                                                                           | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Tipo de gasto</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Pagado a quién</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Monto</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Frecuencia</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">\$ _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">\$ _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | Tipo de gasto | Pagado a quién | Monto | Frecuencia |  |  | \$ _____ |  |  |  | \$ _____ |  |
| Tipo de gasto                                                                                                     | Pagado a quién                                                                                                                                   | Monto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Frecuencia    |                |       |            |  |  |          |  |  |  |          |  |
|                                                                                                                   |                                                                                                                                                  | \$ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                |       |            |  |  |          |  |  |  |          |  |
|                                                                                                                   |                                                                                                                                                  | \$ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                |       |            |  |  |          |  |  |  |          |  |
| <b>Costos médicos/medicamentos/Prescripciones anticipados: "No"</b><br>cubiertos por el seguro o Reembolsado.     | <u><b>cantidad mensual</b></u><br>\$ _____<br>\$ _____<br>\$ _____<br>\$ _____                                                                   | <b>Nombre y dirección de todos los médicos que visita regularmente:</b><br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                |       |            |  |  |          |  |  |  |          |  |
| <b>Facturas médicas o costos pendientes por los cuales "USTED" está haciendo pagos mensuales.</b><br>A nombre de: | <u><b>saldo adeudado</b></u><br>\$ _____<br><u><b>cantidad mensual</b></u><br>\$ _____<br><u><b>cantidad mensual</b></u><br>\$ _____<br>\$ _____ | Escriba (por favor explique): _____<br>Escriba (por favor explique): _____<br>Escriba (por favor explique): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                |       |            |  |  |          |  |  |  |          |  |
| ¿Algún otro gasto médico?                                                                                         | \$ _____<br>\$ _____                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                |       |            |  |  |          |  |  |  |          |  |

## Firma

Al firmar esta solicitud a continuación, entiendo/entiendo que doy/estamos dando permiso para obtener antecedentes penales/verificación de delincuentes sexuales, informe del consumidor (historial crediticio) y otras referencias que se consideren necesarias. Yo/nosotros entendemos que la gerencia confía en esta información para probar la elegibilidad de mi hogar para un apartamento. Entendemos/entiendo que puedo/podemos proporcionarle a la gerencia pruebas de que he/hemos pagado mi alquiler en su totalidad y a tiempo durante los últimos 12 meses, o evidencia de que tengo/tenemos un subsidio de alquiler que paga el alquiler completo, en lugar de la gerencia obteniendo un Informe del Consumidor. Yo/nosotros entendemos que se debe realizar una entrevista personal y se verificarán todos los ingresos y activos. Yo/Nosotros entendemos que la aprobación de mi solicitud depende del cumplimiento de los criterios de selección de inquilinos y los requisitos del Programa de Vivienda. El solicitante entiende que si la información en la que se basa la administración para aprobar esta solicitud se considera incorrecta o falsa, se considerará una violación sustancial del contrato de arrendamiento y el propietario puede desalojar al inquilino de las instalaciones y ejercer cualquier otro remedio permitido por la ley. Yo/nosotros también entendemos que tal acción puede resultar en sanciones penales. La presentación de declaraciones falsas se castiga con la Ley Federal y podría resultar en la cancelación de un contrato de arrendamiento. Inicialice que ha leído esta sección:

Si se acepta, certifico/certificamos que este apartamento será mi única residencia. Esta aplicación no crea ninguna obligación para el propietario o solicitante.

Jefe/a de hogar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Co-Jefe: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El propietario del apartamento solicita la siguiente información para asegurar al gobierno federal que se cumplen las Leyes Federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes de inquilinos por motivos de raza, origen nacional, estado familiar, religión y sexo. No está obligado a proporcionar esta información, pero se le recomienda que lo haga. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminarlo de ninguna manera. Sin embargo, si elige no proporcionarlo, el propietario debe anotar la raza / origen nacional y el sexo de los solicitantes individuales en función de la observación visual o el apellido.

POR FAVOR CIRCULE UNO: Blanco Negro POR FAVOR CIRCULE LA ETNICIDAD: Hispano/Latino No Hispano/Latino  
POR FAVOR CIRCULE UNO: Hombre Mujer

### SÓLO PARA USO DE OFICINA

|               |                           |              |
|---------------|---------------------------|--------------|
| DATE RECEIVED | TIME RECEIVED<br>AM<br>PM | RECEIVED BY: |
|---------------|---------------------------|--------------|

Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Si desea presentar una queja de discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA, que se encuentra en línea en

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866 ) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja o carta completa por correo al Departamento de Agricultura de EE. UU., Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)