

Ithaca NOS Sociedad Limitada
 Autoridad de Vivienda de Ítaca, Agente Administrativo



NOTA PARA EL SOLICITANTE: POR FAVOR, ESCRIBA EN MAYÚSCULAS. Esta solicitud debe completarse en su totalidad. Es necesario responder a todas las preguntas y NO dejar espacios en blanco. Si algo no es aplicable, escriba N/A.

Sello de fecha y hora
 (Para uso exclusivo de la oficina)

Iniciales _____ Fecha de ingreso _____

Debe presentarse una solicitud completa para determinar la elegibilidad. La solicitud completa se revisará para determinar la elegibilidad, y se le notificará al solicitante por escrito la determinación. Se requiere una identificación con fotografía emitida por el gobierno para todos los solicitantes en el momento de la presentación. Las solicitudes se tramitan en orden de fecha y hora de recepción.

Las solicitudes para Northside deben presentarse, incluyendo todos los archivos adjuntos, antes del 1 de abril de 2024 para ser incluidas en una lotería que se celebrará el 16 de abril de 2024 a la 1:00 p. m. en 800 South Plain Street, Ithaca, NY 14850. Los solicitantes pueden asistir en persona o solicitar un enlace de Zoom. Cualquier solicitud recibida después del 1 de abril de 2024 se incluirá automáticamente en una lista de espera y se tramitará en el orden de recepción cuando haya una vacante disponible. Todas las solicitudes para Southview y Overlook se aceptarán de forma continua y se incluirán automáticamente en una lista de espera y se tramitarán en el orden de recepción.

Esta es una solicitud de vivienda en: (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Northside Apartments <input type="checkbox"/> Overlook Terrace <input type="checkbox"/> Southview Gardens
Complete esta solicitud y envíela a la Autoridad de Vivienda de Ithaca:	Ithaca Housing Authority 800 S. Plain St. Ithaca, NY 14850 Fax: (607) 273-5738 Correo electrónico: receptionist@ithacaha.com

Solicitud de vivienda

PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PUEDE RESULTAR EN LA PÉRDIDA DE SU VIVIENDA

Nombre del solicitante:	Dirección de correo electrónico:
Dirección:	N.º de apartamento:
Ciudad, estado, código postal:	
Número de teléfono particular: ()	Teléfono celular: ()

Composición del hogar

Anótese a usted mismo/a y añada a cualquier persona que vaya a vivir con usted en los próximos 12 meses. Asegúrese de incluir a los miembros que se encuentren temporalmente fuera de casa, incluyendo (pero sin limitarse a): dependientes que se encuentren en la escuela, militares estacionados fuera de casa que tengan un cónyuge o dependiente en el hogar.

Enumere los miembros de su hogar comenzando por la persona que encabeza la unidad familiar en la línea 1 y, a continuación, a las demás personas por orden de edad, de mayor a menor. Si tiene más de seis miembros en total en su hogar, añada una hoja aparte con la misma información que figura a continuación.

	Nombre: Apellido, Nombre	Relación con la persona que encabeza la unidad familiar:	Fecha de nacimiento: (M/D/A)	Edad:	Número de Seguro Social: (u otro, por ejemplo, ITIN)	Estatus de estudiante: Marque todo lo que corresponda (Incluye de educación primaria a superior)		
						Tiempo completo	Tiempo parcial	N/A
1		Persona que encabeza la unidad familiar						
2								
3								
4								
5								
6								

- ¿Prevé algún cambio en el tamaño de su unidad familiar **en los próximos 12 meses**?
(Ejemplos: un futuro cónyuge, un menor que entra en el hogar por medio de adopción, niños que regresan de un hogar de acogida, etc.)
 Sí No
 Si la respuesta es "sí", explique aquí: _____
- ¿Vivirá algún menor de 18 años de los indicados anteriormente en la unidad **menos del 50 %** en los próximos 12 meses?
 Sí No N/A
 Si la respuesta es "sí", explique aquí: _____
- ¿Algún miembro de su hogar necesita un cuidador interno debido a una discapacidad?
 Sí No
- ¿Recibe actualmente ayuda para la vivienda del HUD o de una agencia de vivienda pública?
 Sí No
 Si la respuesta es "sí", indique dónde: _____
- ¿Actualmente usted o cualquier miembro de su hogar consumen marihuana o cualquier otra droga ilegal?
 Sí No
- ¿Afirma que entiende que el propietario/agente ha implantado una política antitabaco?
 Sí No
Esto significa que está prohibido fumar en la unidad, en los porches de la unidad y en todas las zonas comunes interiores y zonas comunes exteriores que se encuentren a menos de veinticinco (25) pies del edificio o de cualquier zona común exterior. Esto incluye veredas, pasillos, elevadores, etc.

Preferencias:

Indique si cumple los requisitos para la preferencia indicada a continuación marcando la casilla junto a la preferencia correspondiente.

	Preferencia:
<input type="checkbox"/>	Anteriormente viví en Northside Apartments y recibí un Aviso de información general con fecha del 4 de noviembre de 2019.
<input type="checkbox"/>	Actualmente estoy en una lista de espera para vivienda en Northside Apartments, Overlook Terrace o Southview Gardens u otra lista de espera con la Autoridad de Vivienda de Ithaca.
<input type="checkbox"/>	Actualmente vivo en Northside Apartments, Overlook Terrace o Southview Gardens y solicito un traslado a otra propiedad.

Tamaño de la unidad/características:

El propietario/agente tendrá en cuenta las preferencias/requisitos de su unidad. Los estándares de ocupación del propietario/agente indican un mínimo de una persona por dormitorio y un máximo de dos personas por dormitorio. Indique a continuación su preferencia en relación al tamaño de la unidad. Indique a continuación cualquier característica especial necesaria.

	Tamaño de la unidad:	Desarrollo:	Características especiales solicitadas:	
<input type="checkbox"/>	1 dormitorio	Solo Northside Apartments	<input type="checkbox"/>	Unidad accesible para personas con movilidad reducida
<input type="checkbox"/>	2 dormitorios	Northside Apartments, Overlook Terrace y Southview Gardens	<input type="checkbox"/>	Unidad accesible para personas con problemas de audición
<input type="checkbox"/>	3 dormitorios	Northside Apartments, Overlook Terrace y Southview Gardens	<input type="checkbox"/>	Unidad accesible para personas con problemas de visión
<input type="checkbox"/>	4 dormitorios	Solo Northside Apartments	<input type="checkbox"/>	Adaptación razonable, explique:
<input type="checkbox"/>	5 dormitorios	Solo Southview Gardens		

- 1) ¿Existen necesidades especiales o adaptaciones que requiera la unidad familiar, como barras de sujeción o una unidad para personas con movilidad reducida o con problemas de audición o visión?

Sí No

Explique aquí: _____

Animales de servicio:

- 1) ¿Tiene un animal de servicio? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿qué tipo de animal de servicio? ¿Cuántos? : _____

*** Tenga en cuenta que Northside Apartments, Overlook Terrace y Southview Gardens tienen una política de NO MASCOTAS. Los animales de servicio no se consideran mascotas.**

Lea atentamente cada pregunta. Debe responder a cada pregunta por completo y estar preparado/a para verificar los elementos marcados con un sí.

Historial de la unidad familiar

Las preguntas que aparecen a continuación se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

1) ¿Se ha declarado en bancarrota usted u otra persona mencionada en esta solicitud?

Sí No

Explique aquí: _____

*** Se respetarán las políticas del HCR en materia de justicia y crédito, se llevará a cabo una evaluación individualizada antes de cualquier denegación y los solicitantes tendrán derecho a apelar una denegación basada en el historial de involucramiento con la justicia o historial de crédito.**

2) ¿Ha sido usted, o cualquier otra persona mencionada en la solicitud, condenado/a por un delito relacionado con las drogas o por otro delito?

Sí No

Explique aquí: _____

*** Se respetarán las políticas del HCR en materia de justicia y crédito, se llevará a cabo una evaluación individualizada antes de cualquier denegación y los solicitantes tendrán derecho a apelar una denegación basada en el historial de involucramiento con la justicia o historial de crédito.**

3) ¿Ha estado usted, o cualquier otra persona mencionada en la solicitud, sujeto/a al requisito de registro de por vida en virtud de un programa estatal de registro de delincuentes sexuales en algún estado?

Sí No

Explique aquí: _____

*** Se respetarán las políticas del HCR en materia de justicia y crédito, se llevará a cabo una evaluación individualizada antes de cualquier denegación y los solicitantes tendrán derecho a apelar una denegación basada en el historial de involucramiento con la justicia o historial de crédito.**

4) ¿Ha sido usted, o cualquier otra persona mencionada en la solicitud, condenado/a alguna vez por actividades delictivas relacionadas con las drogas por elaboración o producción de metanfetamina en las instalaciones de una vivienda social?

Sí No

Explique aquí: _____

*** Se respetarán las políticas del HCR en materia de justicia y crédito, se llevará a cabo una evaluación individualizada antes de cualquier denegación y los solicitantes tendrán derecho a apelar una denegación basada en el historial de involucramiento con la justicia o historial de crédito.**

Preguntas de elegibilidad para estudiantes

1) ¿Son **TODOS** los miembros de su hogar estudiantes a tiempo completo?

Sí No

2) ¿Serán **TODOS** los miembros de su hogar estudiantes a tiempo completo durante cualquiera de los 5 meses de **este** año?

(Ejemplo: un estudiante que asiste a clase a tiempo completo en cualquier periodo de los meses de enero, febrero, abril, octubre y noviembre)

Sí No

3) ¿Serán **TODOS** los miembros de su hogar estudiantes a tiempo completo durante cualquiera de los 5 meses del **próximo** año?

Sí No

4) ¿Es **ALGÚN ADULTO** de su hogar estudiante a tiempo parcial o completo en un centro de enseñanza superior?

Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿quién está matriculado? _____ ¿Nombre de la escuela?

¿Cómo se costean los estudios? _____ ¿Cuál es el coste de la matrícula por semestre? \$ _____

5) ¿Tiene **ALGÚN ADULTO** de su hogar la intención de empezar a estudiar **en los próximos 12 meses**?

Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿quién se matriculará en la escuela? _____ ¿Nombre de la escuela?

¿Se matriculará como estudiante a tiempo completo o a tiempo parcial? _____

Preguntas sobre pensión alimenticia/manutención infantil

1) ¿Tiene algún miembro de su hogar una ORDEN JUDICIAL para recibir pagos de manutención infantil o pensión alimenticia, incluso si no se está percibiendo manutención de los hijos o pensión alimenticia?

Sí (número o números de identificación de caso: _____) NO

SI LA RESPUESTA ES "NO", PASE A LA PREGUNTA 2

a. Nombre de la persona con orden judicial: _____ Importe del pago: \$ _____ por _____

b. Nombre de la(s) persona(s) que paga(n) la manutención/pensión alimenticia:

¿Se están percibiendo las cantidades **COMPLETAS** ordenadas judicialmente? Sí No

Si la respuesta es "**NO**", ¿está haciendo esfuerzos para cobrar los importes debidos? Sí No

Si la respuesta es "**SÍ**", explique los esfuerzos que está realizando: _____

2) ¿Recibe algún miembro de su hogar una manutención o pensión alimenticia que **NO SEA ORDENADA POR UN TRIBUNAL**?

(Esto incluye la ayuda del padre o la madre de los niños para ropa, comestibles, etc.)

Sí No **SI LA RESPUESTA ES "NO", PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN**

a. Importe del pago: \$ _____ por _____

b. Nombre de la(s) persona(s) que paga(n) la manutención/pensión alimenticia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Para el menor: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Para el menor: _____

Lea atentamente cada pregunta. Debe responder a cada pregunta por completo y estar preparado/a para verificar los elementos marcados con un sí.

Información sobre los ingresos

Las preguntas sobre los ingresos del hogar se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

Sí No **1) ¿Algún miembro del hogar está empleado?**

Miembro del hogar	Nombre de la empresa/Teléfono	Importe
_____	_____	\$_____ por _____
_____	_____	\$_____ por _____

Marque si hay trabajos adicionales en el hogar (adjunte una hoja de papel separada con la misma información)

Sí No **2) ¿Algún miembro del hogar trabaja por cuenta propia (autónomo/a)?**

Miembro del hogar	Tipo de trabajo	Importe
_____	_____	\$_____ por _____

Sí No **3) ¿Algún miembro adulto de su hogar está desempleado?**

Miembro del hogar _____

Sí No **4) ¿Algún miembro del hogar recibe una paga del ejército?**

Miembro del hogar	Rama del ejército	Importe
_____	_____	\$_____ por _____

Persona de contacto _____ Teléfono _____

Sí No **5) ¿Algún miembro del hogar recibe pagos de la Administración del Seguro Social?**

Qué tipo: SS SSI SSDI Otro

Miembro del hogar _____ Importe \$_____ por _____

Sí No **6) ¿Algún miembro del hogar recibe una indemnización por despido o por accidente laboral?**

Miembro del hogar	¿Qué compañía la paga?	Importe
_____	_____	\$_____ por _____

Persona de contacto _____ Teléfono _____

Sí No **7) ¿Algún miembro del hogar está desempleado y recibe beneficios por desempleo?**

Miembro del hogar	Qué estado	Importe
_____	_____	\$_____ por _____

Persona de contacto _____ Teléfono _____

Información sobre los ingresos (continuación)

Las preguntas sobre los ingresos del hogar se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

- Sí No **8) ¿Algún miembro del hogar recibe pagos de Asistencia Pública como TANF o AFDC? (No incluya las prestaciones de SNAP/Cupones para alimentos).**

Miembro del hogar	Trabajador social/Teléfono	Importe
_____	_____	\$_____ por _____

- Sí No **9) ¿Algún miembro del hogar recibe pagos periódicos de una pensión, anualidad o cuenta de prestaciones de jubilación?**

Qué tipo: Pensión Anualidad Otra jubilación

Miembro del hogar	Qué compañía	Importe
_____	_____	\$_____ por _____

Persona de contacto _____ Teléfono _____

- Sí No **10) ¿Alguien fuera de su hogar le proporciona contribuciones en efectivo para ayudar a pagar los gastos que un hogar normalmente pagaría, como el alquiler, los pagos de servicios públicos o los comestibles?**

Nombre de la persona	Dirección	Importe
_____	_____	\$_____ por _____

Teléfono _____

- Sí No **11) ¿Recibe alguna otra fuente de ingresos sobre la que no hayamos preguntado anteriormente? (Ej.: SSP, pagos a través de Cash App, Zelle, Venmo, PayPal, etc.)**

Describe _____

- Sí No **12) ¿Espera su hogar algún cambio en sus ingresos dentro de los próximos 12 meses?**

Describe _____

- Sí No **13) ¿Recibe su hogar pagos del seguro de cuidados a largo plazo, superiores a \$180 por día, para un familiar que reside en un centro de cuidados a largo plazo?**

Miembro del hogar en un centro	Miembro del hogar que recibe pagos	Compañía
_____	_____	_____

Persona de contacto _____ Teléfono _____

- Sí No **14) ¿Algún miembro adulto de su hogar tiene cero ingresos?**

Miembro del hogar _____

Lea atentamente cada pregunta. Debe responder a cada pregunta por completo y estar preparado/a para verificar los elementos marcados con un sí.

Información de cuentas/activos

Las preguntas sobre las cuentas y los activos del hogar se aplican a todos los miembros de su hogar, incluidos los menores y las personas temporalmente ausentes del hogar.

Sí No **1) ¿Algún miembro del hogar tiene una cuenta de cheques, de ahorros, un certificado de depósito (CD) o una cuenta del mercado monetario?**

Nombre del banco: _____ Nombre(s) en la cuenta: _____

Tipo de cuenta: Cuenta de cheques Ahorros CD Mercado monetario

Nombre del banco: _____ Nombre(s) en la cuenta: _____

Tipo de cuenta: Cuenta de cheques Ahorros CD Mercado monetario

Marque si hay cuentas adicionales de los tipos anteriores que pertenezcan al hogar (adjunte una hoja aparte con la misma información)

Sí No **2) ¿Algún miembro del hogar tiene acciones, bonos, fondos de inversión, inversiones de capital o una póliza de seguro de vida entera?** (El seguro de vida del que se pueden hacer retiros incluso si no hay un fallecimiento. No contamos el seguro A TÉRMINO).

Nombre de la institución/Teléfono: _____ Nombre(s) en la cuenta: _____

Tipo de cuenta: Acciones Bonos Fondos de inversión Seguro de vida entera Otro: _____

Sí No **3) ¿Algún miembro del hogar tiene una cuenta IRA, Plan Keogh, 401K, anualidad o cuenta de jubilación similar?**

Nombre de la institución/Teléfono: _____ Nombre(s) en la cuenta: _____

Tipo de cuenta: IRA Keogh 401K Otro: _____

Sí No **4) ¿Algún miembro del hogar tiene una cuenta de pensión que pagará al momento de la jubilación o al dejar de trabajar?** (No incluye cuentas IRA, Plan Keogh, 401K o anualidades).

Nombre de la institución: _____ Nombre(s) en la cuenta: _____

Contacto/Teléfono: _____ Tipo de cuenta: _____

Sí No **5) ¿Algún miembro del hogar posee bienes inmuebles?** (Incluya propiedades en alquiler, residencias principales, propiedades vacacionales, multipropiedad, propiedades comerciales y propiedades que se vendan mediante escrituras de fideicomiso o contratos de compraventa de terreno).

Propietario(s): _____ Tipo de propiedad: _____

Nombre del banco/institución financiera con interés en la propiedad: _____

Contacto/Teléfono: _____

Sí No **6) ¿Algún miembro del hogar tiene bienes personales que posee con fines de inversión que tenga previsto vender en una fecha posterior para obtener beneficios?** (Por ejemplo: colección de monedas/estampillas, coches antiguos, joyas, etc.)

Tipo de propiedad: _____ Valor monetario estimado: \$ _____

Información de cuentas/activos (continuación)

Sí No **7) ¿Algún miembro del hogar tiene una cuenta de fideicomiso?**

Nombre de la institución: _____ Nombre(s) en la cuenta: _____

Contacto/ Teléfono: _____ Revocable/No revocable: _____

Sí No **8) ¿Algún miembro del hogar tiene letras del tesoro o bonos de ahorro del Estado?**

Miembro del hogar: _____ Serie: _____

Valor nominal: \$ _____ Número de serie: _____ Fecha de emisión: _____

Sí No **9) ¿Algún miembro del hogar tiene dinero en efectivo a la mano o cajas de seguridad?**

Miembro del hogar: _____ Importe: \$ _____

Sí No **10) ¿Algún miembro del hogar tiene alguna cuenta o activo que no se haya descrito anteriormente?** (Por favor NO incluya vehículos de uso personal, muebles, ropa, etc.)

Tipo de activo: _____ Valor estimado (si se vende hoy): \$ _____

Sí No **11) En los últimos dos años, ¿algún miembro del hogar ha regalado o entregado algún activo o activos por menos de lo que valía(n)?** (Ej.: propiedad, transferencia de una cuenta de activos a nombre de otra persona, contribuciones caritativas, etc.)

Valor estimado de este activo: \$ _____

Sí No **12) ¿Algún miembro del hogar recibe dinero de un depósito directo al que se accede mediante tarjeta de débito?** (Ej.: una tarjeta Direct Express del Seguro Social, una tarjeta Emerald de nómina, una tarjeta expedida por el DSS para acceder a prestaciones o a la manutención infantil, etc.)

Qué miembro(s) del hogar: _____

Verificación de antecedentes penales

Ithaca Housing Authority (Autoridad de Vivienda de Ithaca), como Agente de Administración de Ithaca NOS Sociedad Limitada, realiza verificaciones de antecedentes penales de todos los solicitantes cuando se los contacta para un apartamento. La información obtenida en la verificación de antecedentes se considerará durante la tramitación de la solicitud de arrendamiento y puede resultar en la denegación de este.

Si se deniega el arrendamiento sobre la base de una verificación de antecedentes penales, el solicitante tiene derecho a revisar, impugnar y/o explicar la información contenida en la verificación de antecedentes. El solicitante también puede presentar evidencia de rehabilitación para su consideración por la administración.

Indique cada estado o territorio de los EE. UU. donde usted o cualquier miembro adulto de su hogar haya vivido. Esta divulgación es obligatoria conforme a las reglas del HUD y la investigación de antecedentes penales se revisará en cada estado o territorio enumerado y a través de las bases de datos nacionales de delincuentes penales/sexuales. Si no se proporciona una lista completa y precisa, se rechazará la solicitud.

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alabama | <input type="checkbox"/> Iowa | <input type="checkbox"/> Nuevo Hampshire | <input type="checkbox"/> Texas |
| <input type="checkbox"/> Alaska | <input type="checkbox"/> Kansas | <input type="checkbox"/> Nueva Jersey | <input type="checkbox"/> Utah |
| <input type="checkbox"/> Arizona | <input type="checkbox"/> Kentucky | <input type="checkbox"/> Nuevo México | <input type="checkbox"/> Vermont |
| <input type="checkbox"/> Arkansas | <input type="checkbox"/> Luisiana | <input type="checkbox"/> Nueva York | <input type="checkbox"/> Virginia |
| <input type="checkbox"/> California | <input type="checkbox"/> Maine | <input type="checkbox"/> Carolina del Norte | <input type="checkbox"/> Virginia Occidental |
| <input type="checkbox"/> Colorado | <input type="checkbox"/> Maryland | <input type="checkbox"/> Dakota del Norte | <input type="checkbox"/> Wisconsin |
| <input type="checkbox"/> Connecticut | <input type="checkbox"/> Massachusetts | <input type="checkbox"/> Ohio | <input type="checkbox"/> Wyoming |
| <input type="checkbox"/> Delaware | <input type="checkbox"/> Michigan | <input type="checkbox"/> Oklahoma | <input type="checkbox"/> Washington (Estado) |
| <input type="checkbox"/> Florida | <input type="checkbox"/> Minnesota | <input type="checkbox"/> Oregón | <input type="checkbox"/> Washington, D.C. |
| <input type="checkbox"/> Georgia | <input type="checkbox"/> Misisipi | <input type="checkbox"/> Pensilvania | <input type="checkbox"/> Puerto Rico |
| <input type="checkbox"/> Hawaii | <input type="checkbox"/> Misuri | <input type="checkbox"/> Rhode Island | <input type="checkbox"/> Islas Vírgenes de los Estados Unidos |
| <input type="checkbox"/> Idaho | <input type="checkbox"/> Montana | <input type="checkbox"/> Carolina del Sur | <input type="checkbox"/> Islas Marianas |
| <input type="checkbox"/> Illinois | <input type="checkbox"/> Nebraska | <input type="checkbox"/> Dakota del Sur | <input type="checkbox"/> Samoa |
| <input type="checkbox"/> Indiana | <input type="checkbox"/> Nevada | <input type="checkbox"/> Tennessee | <input type="checkbox"/> Guam |

Certifico que he indicado anteriormente cada estado o territorio de los EE. UU. donde yo, o cualquier otro miembro adulto de mi hogar, he vivido en algún momento.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Preguntas demográficas (opcional)

Raza de la persona que encabeza el hogar (marque todo lo que corresponda):

- Prefiero no contestar Blanca Negra o afroamericana India americana/nativa de Alaska
 Asiática/isleña del Pacífico

Origen étnico de la persona que encabeza el hogar:

- Hispano o latino No hispano o latino Prefiero no contestar

Certificación de la unidad familiar

SANCCIONES POR MAL USO DE ESTE FORMULARIO

El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y de forma voluntaria a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos. El HUD, la PHA y cualquier propietario (o cualquier empleado del HUD, la PHA o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o uso indebido de la información recopilada con base en el formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada mediante este formulario de verificación está restringido a los fines citados anteriormente. Cualquier persona que, a sabiendas o intencionadamente, solicite, obtenga o divulgue información bajo falsas pretensiones en relación con un solicitante o participante puede quedar sujeta a un delito menor y ser multada con un máximo de \$5000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede iniciar una acción civil por daños y perjuicios, y solicitar otras compensaciones, según corresponda, contra el funcionario o empleado del HUD, la PHA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido. Las disposiciones en materia de sanciones por hacer un uso indebido del número del Seguro Social figuran en el artículo 208 (a) (6), (7) y (8) de la Ley del Seguro Social. La infracción de estas disposiciones se cita como violación del 42 U.S.C. 408 (a) (6), (7) y (8).

Certificación de la unidad familiar

Entiendo que la información proporcionada en este cuestionario se utilizará para determinar mi elegibilidad para la vivienda en Northside Apartments, Overlook Terrace y/o Southview Gardens. Bajo pena de perjurio, certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es veraz y exacta. También entiendo que la información falsa u omitida se considera fraude y sancionable de acuerdo con la ley y puede resultar en la pérdida de mi vivienda en esta propiedad.

Al firmar esta solicitud, también concedo al propietario el derecho a obtener toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad de acuerdo con los Criterios de Selección de Residentes del propietario. Los Criterios de Selección de Residentes pueden incluir, sin limitarse a estos criterios, la comprobación de antecedentes penales, la verificación crediticia, las referencias del arrendador, la capacidad de pago del alquiler, etc. Todas las comprobaciones de antecedentes se llevan a cabo de acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y las políticas de Vivienda y Renovación Comunitaria del Estado de Nueva York.

También entiendo que la información proporcionada se considera confidencial y se utilizará únicamente con el fin de determinar mi elegibilidad o elegibilidad continua para la vivienda en las propiedades antes mencionadas.

CERTIFICACIÓN: Todos los miembros de la unidad familiar que tengan 18 años o vayan a cumplirlos en los próximos 12 meses deben firmar a continuación.

_____ Persona que encabeza la unidad familiar	_____ Fecha
_____ Otro miembro adulto	_____ Fecha
_____ Otro miembro adulto	_____ Fecha
_____ Otro miembro adulto	_____ Fecha

DE ACUERDO CON LA LEY DE VIVIENDA JUSTA, NO DISCRIMINAMOS POR MOTIVOS DE SITUACIÓN FAMILIAR, RAZA, SEXO, DISCAPACIDAD, COLOR DE PIEL, RELIGIÓN U ORIGEN NACIONAL.

Northside Apartments, Overlook Terrace y Southview Gardens son propiedades libres de humo

Dirección:

Teléfono: (607) 273-8629

Ithaca NOS, Sociedad Limitada, Propietario
c/o Ithaca Housing Authority
(Autoridad de Vivienda de Ithaca),
Agente Administrativo (Managing Agent)
800 S. Plain St.
Ithaca, NY 14850

Fax: (607) 273-5738

NYS TTY/TDD: (800) 662-1220

Ithaca NOS Sociedad Limitada no discrimina por motivos de discapacidad en la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades con asistencia federal.

La persona nombrada a continuación ha sido designada para coordinar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación contenidos en la normativa del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano por la que se aplica el

artículo 504 (24 CFR, parte 8 con fecha de 2 de junio de 1988).

Administrador de Ocupación de la
Autoridad de Vivienda de Ithaca
(Ithaca Housing Authority
Occupancy Administrator)
800 South Plain Street
Ithaca, NY 14850
Teléfono (voz): (607) 273-8629
NYS TTY/TDD : (800) 662-1220



Información de contacto suplementaria y opcional para las personas que solicitan vivienda con asistencia del HUD

SUPLEMENTO DE SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

El presente formulario debe ser entregado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal.

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Por ley, usted tiene derecho a incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono, y otra información pertinente de un familiar, amigo u organización social, sanitaria, de defensoría o de otro tipo. Esta información de contacto sirve para identificar a una persona u organización que pueda ayudarle a resolver cualquier problema que pudiera surgir durante su arrendamiento o para ayudar a brindarle cualquier cuidado especial o servicios que usted pudiera requerir. **Usted puede actualizar, eliminar o cambiar la información que incluya en este formulario en cualquier momento.** Usted no tiene la obligación de proporcionar esta información de contacto pero, si decide hacerlo, sírvase incluir la información pertinente en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección de correo postal:	
N.º de teléfono:	N.º de celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marque todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No podemos comunicarnos con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia para el alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la vivienda
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso de la Autoridad de Vivienda o del Propietario: Si se aprueba su solicitud de vivienda, se guardará esta información como parte de su expediente de arrendatario. Si surgen problemas durante su arrendamiento o si usted requiere algún servicio o cuidado especial, podemos contactar con la persona u organización que usted indicó para que ayude a resolver los problemas o para que le brinde a usted algún servicio o cuidado especial.	
Declaración de confidencialidad: La información consignada en este formulario es confidencial y no será divulgada a ninguna persona, salvo en la medida en que lo permita el solicitante o la ley aplicable.	
Aviso legal: El artículo 644 de la Ley de Vivienda y de Desarrollo Comunitario de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud presentada por el solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de no discriminación e igualdad de oportunidades que se establecen en 24 CFR artículo 5.105, incluidas las prohibiciones respecto de la discriminación en la admisión a o la participación en programas de vivienda con asistencia federal, por motivos de raza, color de piel, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y situación familiar en virtud de la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición respecto de la discriminación por edad en virtud de la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975.	

Marque esta casilla si decide no proporcionar la información de contacto.

--	--

Firma del solicitante:

Fecha

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) en virtud de la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). Se estima que el tiempo promedio para esta recopilación es de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recolectar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. El artículo 644 de la Ley de Vivienda y de Desarrollo Comunitario de 1992 (42 U.S.C. 13604) impuso al HUD la obligación de exigir a los proveedores de vivienda que participan en los programas de vivienda social del HUD que brinden a cualquier persona o familia que solicite ocupar una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud de ocupación, el nombre, la dirección, el número de teléfono, y otra información pertinente de un familiar, amigo o persona asociada a una organización social, sanitaria, de defensoría u organización similar. El objetivo de proporcionar dicha información consiste en facilitar el contacto por parte del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el arrendatario para que ayude a brindar servicios o cuidados especiales al arrendatario y ayude a resolver cualquier problema de arrendamiento durante el periodo de arrendamiento de dicho arrendatario. El proveedor de vivienda debe conservar esta información suplementaria de la solicitud y mantenerla como información confidencial. Proporcionar esta información es fundamental para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD, y es voluntario. Esto respalda los requisitos legales y los controles del programa y de gestión que previenen el fraude, el desperdicio y una gestión indebida. De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites, una agencia no podrá realizar ni auspiciar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información, salvo que la recopilación muestre un número de control de OMB válido y vigente.

Declaración de confidencialidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recopilar toda la información (a excepción del Número de Seguridad Social (SSN)) que será utilizada por el HUD para proteger los datos de desembolso ante acciones fraudulentas.