



THE HEART OF CHANGE

A UNITED WAY COMMUNITY PARTNER

---

Crispus Attucks Housing Department ♦ 613 South George Street ♦ York, PA 17401 ♦ (717) 848-3610 X 253 ♦ Fax (717)843-8966

**PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING DOCUMENTS WITH YOUR HOUSING APPLICATION**

- STATE ISSUED IDs - required for **all adults**.
- SOCIAL SECURITY CARDS - required for **all family members**
- PROOF OF ALL INCOME is also required:
- EIGHT (8) PAY STUBS of your current employer(s)
- UNEMPLOYMENT COMPENSATION LETTER
- CHILD SUPPORT / Domestic Relations Court Order documents
- SOCIAL SECURITY AWARD LETTER
- DEPARTMENT OF WELFARE Cash Benefits
- SIX (6) most recent BANK STATEMENTS

\*\*\*\*\*

**POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACION CON SU SOLICITUD PARA VIVIENDA**

- IDENTIFICACION DEL ESTADO CON FOTO para **todos los adultos en su familia**
- LAS TARJETAS DEL SEGURO SOCIAL para **todos los miembros de su familia**
- Prueba de TODOS LOS INGRESOS TAMBIEN SE REQUIERE
- OCHO (8) TALONARIOS de pago de su empleador actual
- PRUEBA de la COMPENSACION POR DESEMPLEO
- PENSION PARA SUS HIJOS (Child Support)
- LA CARTA DE ADJUDICACION del Seguro Social
- CARTA de sus beneficios del DEPARTAMENTO DE WELFARE
- SEIS (6) ESTADOS DE CUENTA mas recientes DE SU BANCO



THE HEART OF CHANGE 613 South George St. ♦ York, PA 17401 ♦ (717) 848-3610 United Way Agency

## APLICACION PARA ALQUILAR

### INFORMACION GENERAL:

### APUNTEN TODAS LAS PERSONAS QUE VAN A VIVIR EN LA RESIDENCIA:

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Soc.Sec.	#M/F
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Soc.Sec.	#M/F
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Soc.Sec.	#M/F
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Soc.Sec.	#M/F
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Soc.Sec.	#M/F
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Soc.Sec.	#M/F
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Soc.Sec.	#M/F

**\*\*Tarjetas de Seguro Social tienen que ser presentadas para todas las personas en la aplicación, si no, aguantara el proceso de la aplicación. La oficina hará una fotocopia de cada tarjeta.**

Licencia de Conducir o ID. #: \_\_\_\_\_

Compañera(o)'s Licencia de Conducir o ID. #: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ No. para dejarle un mensaje:( ) \_\_\_\_\_

No. de Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Cuantos cuartos de dormitorio esta buscando? \_\_\_\_\_

**CUAL ES LA CANTIDAD TOTAL MENSUAL DE SU INGRESO?:**

\$ \_\_\_\_\_

**Tiene Usted un Certificado de Sección 8?**  Si  No

Si marco si, quien es su trabajadora social? \_\_\_\_\_ No. de teléfono:( ) \_\_\_\_\_

Como se entero de nuestros habitaciones? (Por favor indique)

Periódico  Amistad, Pariente, Vecino  Alguien que renta de nuestra agencia



**EQUAL HOUSING OPPORTUNITY**

Crispus Attucks Association, Inc. provides services for everyone regardless of race, color, religious creed, disability, ancestry, national origin, age or sexual orientation.

**Sponsored by the City of York**



**Historia de Renta/Alquilar: Es necesario que Ud nos de información correcta y completa de donde Ud a vivido por los últimos 3 años. Si investigamos que la información no es la correcta o no nos dan la información que pedimos su aplicación va hacer rechazada inmediatamente:**

**Dirección Actual:** \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zona postal: \_\_\_\_\_

**Nombre del Dueño:** \_\_\_\_\_ **Numero de teléfono del Dueño:** ( ) \_\_\_\_\_

**Dirección del Dueño:** \_\_\_\_\_

Cantidad de renta mensual \$ \_\_\_\_\_ Numero de cuartos de dormir \_\_\_\_\_

Desde cuando vive(n) en esta dirección: \_\_\_\_\_ **Porque se quiere(n) mudar?:** \_\_\_\_\_

**Dirección anterior:** \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zona Postal \_\_\_\_\_

**Nombre del Dueño:** \_\_\_\_\_ **Numero de teléfono del Dueño:** ( ) \_\_\_\_\_

**Dirección del Dueño:** \_\_\_\_\_

Cantidad mensual de renta: \$ \_\_\_\_\_ Numero de cuartos de dormir \_\_\_\_\_

Desde que fecha hasta que fecha vivió en esta habitación? Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Porque se mudo? \_\_\_\_\_

**Dirección anterior:** \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zona Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Dueño: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del Dueño: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección del Dueño \_\_\_\_\_

Desde que fecha y hasta que fecha vivió en esta habitación? Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cantidad mensual de renta: \$ \_\_\_\_\_

Porque se mudo? \_\_\_\_\_

**Dirección anterior:** \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zona Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Dueño \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del Dueño:( ) \_\_\_\_\_

Desde que fecha vivieron en esta habitación?: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cantidad mensual de renta: \$ \_\_\_\_\_

Por que se mudo: \_\_\_\_\_

**Alguna vez lo han echado o corrido de su habitación?** Si \_\_\_ No \_\_\_ Si marco si, porque?

Explique: \_\_\_\_\_

**Alguna vez se han mudado debiéndole dinero al Dueño? Si / No - Si marco si, porque?**

**CONDICION DE SU HABITACION EN ESTOS MOMENTOS:**

( ) Excelente ( ) Regular ( ) Malas Condiciones ( ) - Explíquenos porque Ud cree que su habitación esta en malas condiciones \_\_\_\_\_.

**RECORD CRIMINAL:**

Lo han declarado culpable de un delito grave? Si / No Si marco si, por favor explique \_\_\_\_\_

Han tenido problemas con drogas en su familia durante los últimos cuatro anos?: Si \_\_\_ No \_\_\_

Si marco si, por favor explique \_\_\_\_\_

## Estudiantes en la Universidad

Eres Ud estudiante de tiempo completo (full-time) en la universidad? Si / No

Es su esposa(o) o co-aplicante estudiante de tiempo completo (full time) en la universidad? Si / No

Tiene alguien en su familia mayor de 18 años que es estudiante de tiempo completo (full-time) en la universidad? Si / No

Reciben becas para sus estudios? Si / No Cantidad \_\_\_\_\_

**Empleo:** Cuanto gana la hora: \$ \_\_\_\_\_ Horas que trabaja a la semana \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Numero del fax: ( ) \_\_\_\_\_

Trabaja por medio de una agencia temporera Si / No Nombre de Agencia \_\_\_\_\_

En que departamento trabaja: \_\_\_\_\_

Desde cuando trabaja aquí? Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Por que dejo de trabajar aquí: \_\_\_\_\_

Que turno trabaja? 1st Shift (7a-3p) 2nd Shift (3p-11p) 3rd Shift (11p-7a)

## Empleo de su esposa(o) o co-aplicante:

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Numero del Fax: \_\_\_\_\_

Trabaja por medio de una agencia temporera? Si / No Nombre de Agencia \_\_\_\_\_

En que departamento trabaja \_\_\_\_\_

Desde cuando trabaja aquí? Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cuantas horas trabaja semanal? \_\_\_\_\_ Cuanto ganas por hora? \_\_\_\_\_

Por que dejo de trabajar \_\_\_\_\_

Que turno trabaja? 1st Shift (7a-3p) 2nd Shift (3p-11p) 3rd Shift (11p-7a)

## Empleo anterior (Contesten si han trabajado menos de 6 meses en su trabajo actual):

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía: \_\_\_\_\_ Numero del Fax \_\_\_\_\_

Desde que fechas trabajo aquí? Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Trabaja por medio de una agencia temporera? Si / No Nombre de Agencia \_\_\_\_\_

Cuanto gano la hora? \_\_\_\_\_ Cuantas horas trabajo a la semana? \_\_\_\_\_

Por que dejo al trabajo?: \_\_\_\_\_

**\*\*Si tiene hijos que ya cumplieron 16 anos o más y que están trabajando o que no esta estudiando en la escuela superior o universidad y viven con Ud, por favor apunten donde están trabajando:**

\*\*Empleo de su hijo(a) \_\_\_\_\_ Nombre de quien trabaja aquí \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

Trabaja por medio de una agencia temporera? Si /No Nombre de Agencia \_\_\_\_\_

**INGRESO**

**Pensiones:** Source(s): \_\_\_\_\_  
Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Desempleo:** Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Pagos de Welfare:** Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_  
Trabajador(a) Social \_\_\_\_\_

**Quien recibe esta ayuda?**

**Seguro Social/SSI/SSD:** Cantidad Mensual: \$ \_\_\_\_\_  
Recibidor \_\_\_\_\_

**Beneficios para los veteranos:** Cantidad Mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Otro Ingreso: Recibe algunos de estos ingresos?**

AFDC - Food Stamps: Si / No Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_ Nombre de la trabajadora social \_\_\_\_\_

**Alimony/Child Support:** Si / No Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Quien paga el child support o asistencias de divorcio** \_\_\_\_\_

**Becas:** Si / No Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Intereses de Cuentas banqueras:** Si / No Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Workers Compensation/Disability Insurance:** Si / No Cantidad Mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Otro:** \_\_\_\_\_ Cantidad Mensual: \$ \_\_\_\_\_

¿Ha deshecho (vendido) Usted o ha regalado bienes raíces (dinero en efectivo, casa/terreno, etc.) por más de \$1,000 menos de su valor normal (del mercado justo)? Sí \_\_\_\_\_, No \_\_\_\_\_  
Explique por favor: \_\_\_\_\_

**Desde cuando recibe estos ingresos?:** \_\_\_\_\_

Tienen propiedades, certificados de depósitos, herencias, cuentas de ahorros o de cheques?  
Si / No. Si marco si díganos:

Banco	Dirección	Tipo de Cuenta	Numero de la Cuenta	Balance
Banco	Dirección	Tipo de Cuenta	Numero de la Cuenta	Balance

**O:**  
**Yo/Nosotros NO TENEMOS bienes raíces en este tiempo** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**REFERENCIAS PERSONALES Y CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA:**

**Referencia Personal - No puede ser un familiar:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo se conocen?: \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_

**Pariente para notificar en caso de una emergencia - Es muy importante que apunte a un familiar que viva cerca:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_

***Yo / nosotros CERTIFICAMOS que la información declarado en esta aplicación es verdad, correcta y completa. Comprendemos y estamos de acuerdo de que si encuentran la información que le hemos dado incorrecta, falsa o incompleta eso es suficiente razón para rechazar esta aplicación. Yo / nosotros le damos permiso a Crispus Attucks Community Development Corporation para verificar toda la información que esta apuntada en esta aplicación y toda información que sea necesaria.***

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

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

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



**EQUAL HOUSING OPPORTUNITY**

Crispus Attucks Association, Inc. provides services for everyone regardless of race, color, religious creed, disability, ancestry, national origin, age or sexual orientation.

**Sponsored by the City of York**





Crispus  
Attucks

THE HEART OF CHANGE

613 South George St. ♦ York, PA 17401 ♦ (717) 848-3610

United Way Agency

## RELEASE OF VERIFICATION

I, \_\_\_\_\_, SS# \_\_\_\_\_

Hereby authorize the release of information relative to the application for a residential housing unit managed by the Crispus Attucks Association or relative to my annual recertification during my residency with the Crispus Attucks Association and its subsidiaries. The information is required by the Internal Revenue Service (IRS) and the Federal Law governing the requesting agency.

### **THIS INFORMATION WILL BE KEPT IN STRICT CONFIDENCE.**

Herein, I authorize the release of any information pertaining to, **but not limited to**, the composition of my household such as rental history, depository, credit history, any information related to income, employment, Social Security payments, child or spousal support payments and loan verifications.

**This form will remain in effect throughout the duration of my housing occupancy with the Crispus Attucks Association.**

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Applicant/Resident Signature)

\_\_\_\_\_  
(Crispus Attucks Association Property Mnr)



613 South George St. ♦ York, PA 17401 ♦ (717) 848-3610 United Way Agency

## RELEASE OF VERIFICATION

I, \_\_\_\_\_, SS# \_\_\_\_\_

Hereby authorize the release of information relative to the application for a residential housing unit managed by the Crispus Attucks Association or relative to my annual recertification during my residency with the Crispus Attucks Association and its subsidiaries. The information is required by the Internal Revenue Service (IRS) and the Federal Law governing the requesting agency.

### **THIS INFORMATION WILL BE KEPT IN STRICT CONFIDENCE.**

Herein, I authorize the release of any information pertaining to, **but not limited to**, the composition of my household such as rental history, depository, credit history, any information related to income, employment, Social Security payments, child or spousal support payments and loan verifications.

**This form will remain in effect throughout the duration of my housing occupancy with the Crispus Attucks Association.**

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Applicant/Resident Signature)

\_\_\_\_\_  
(Crispus Attucks Association Property Mnr)





**Crispus Attucks**

THE HEART OF CHANGE 613 South George St. ♦ York, PA 17401 ♦ (717) 848-3610

United Way Agency

## CONSUMER NOTICE

### **This is not a contract**

LOURDES ZAYAS, hereby states that with respect to properties owned by Crispus Attucks Association, Crispus Attucks CDC, 400 South George Street Partnership, South East Neighborhood, Southeast Historic Partnership, SKW Partnership and YorkBuild, I am acting in the following capacity (check one):

\_\_\_\_\_ Owner/Landlord;

**X** **Direct Employee of the owner/landlord**

\_\_\_\_\_ An agent of the owner/landlord pursuant to a Property Management or exclusive Leasing Agreement

I hereby acknowledge that I have received this Notice:

\_\_\_\_\_  
Signature

Date\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

Date\_\_\_\_\_



### **EQUAL HOUSING OPPORTUNITY**

Crispus Attucks Association, Inc. provides services for everyone regardless of race, color, religious creed, disability, ancestry, national origin, age or sexual orientation

### **Sponsored by the City of York**



**Unit #** \_\_\_\_\_ **Resident Name:** \_\_\_\_\_

In accordance with the data collection information requested by the Department of Housing and Urban Development (HUD) please provide the following information for the head of household.

**Ethnicity**

- Hispanic or Latino Yes\_\_ No\_\_

**Gender**

- (M) Male
- (F) Female

**Race: (Select all that apply.)**

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White

**Resident signature**

- I have provided the above information.
- I decline to provide this information.

Resident Signature \_\_\_\_\_