

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 Celuar () _____ No. para dejarle un mensaje:() _____

Correo Electronico (Email-1) _____

Correo Electronico (Email-2) _____

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: (Cabeza de la Casa)

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: _____

Cuanto gana la hora: \$ _____ Horas que trabaja a la semana _____

Que turno trabaja? 1ro Shift (7a-3p) 2do Shift (3p-11p) 3ro 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: _____

Cuanto gana la hora: \$ _____ Horas que trabaja a la semana _____

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





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)



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 _____