

Cabañas en French Bay Solicitud de admisión

Fecha:

Nombre de la propiedad:	Cabañas en French Bay	Teléfono:	315-686-4386
Dirección:	915 Strawberry Lane	Fax:	315-686-3920
Dirección 2:	Clayton, NY 13624	TTD/TTY:	711 National Voice Relay
Sitio Web de la Propiedad	clayton-improvement.com	Correo electrónico	kate@clayton-improvement.com

(Por favor, devuelva este formulario a la dirección anterior)

Sólo para uso de oficina: Fecha de aparición recibida _____	Aplicación de tiempo recibida _____	Por _____
---	-------------------------------------	-----------

Nombre del solicitante			
¿Cómo supiste de nosotros?		<input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> HUD Otro: _____	
Género		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> prefiere no revelar	
Estatus de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No Ciudadano <input type="checkbox"/> No Ciudadano No Ciudadano	
¿Cuál es su relación con el Jefe de Familia?		<input type="checkbox"/> Jefe de familia * <input type="checkbox"/> Co-head <input type="checkbox"/> *Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto <input type="checkbox"/> Adulto Foster adulto/niño	
		<input type="checkbox"/> Aide Live-in (vivir en asistentes completar una solicitud diferente y debe ser aprobado antes de la mudanza)	
		<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	
*Puede indicar un co-jefe o un cónyuge, pero no ambos. No se requiere que tenga un co-head o cónyuge.			
Dirección actual			
Línea de dirección 2			
Ciudad, Estado, Zip			
Teléfono de casa		teléfono celular	
Teléfono de trabajo		Dirección de correo electrónico	
¿Podemos ponernos en contacto con usted en el trabajo?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social	
Si no tiene un Número de Seguro Social, usted afirma que está exento porque			
<input type="checkbox"/> Usted es un no ciudadano inelegible			
<input type="checkbox"/> Tenía 62 años a partir del 1/31/10 y recibió asistencia de vivienda de HUD a partir del 1/31/10 (si reclama esta exención debe proporcionar una prueba de que estaba recibiendo asistencia de HUD a partir del 1/31/2010, como una copia de un Formulario 50058 o 50059 de HUD ejecutado)			
Si el Jefe de Familia, coHead/ cónyuge NO es 62 o mayor, ¿el Jefe de Hogar, coHead o cónyuge incapacitado?		<input type="checkbox"/> HOH/coHOH o cónyuge tiene 62 años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está alistado en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o es un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted víctima de un desastre declarado por el presidente recientemente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está recibiendo actualmente asistencia de vivienda de HUD o una PHA?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted un estudiante inscrito en un instituto de educación superior?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo,		<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> A tiempo parcial



Cabañas en French Bay Solicitud de admisión

¿Estás usando marihuana actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Reconoce que es consciente de que el propietario/agente ha implementado una política de libre de humo? <i>Esto significa que está prohibido fumar en el alojamiento, en los balcones y porches de la unidad y en todas las zonas comunes cubiertas y al aire libre. Esto incluye el estacionamiento, balcones, aceras, pasillos, ascensores, etc.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está de acuerdo en que usted, sus invitados y proveedores de servicios contratados por usted cumplirán con la política de Smoke Free?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Entiende que el incumplimiento de las políticas libres de humo como se describe en las Reglas de la Cámara dará lugar a la terminación de la tenencia (desalojo)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sido condenado por un crimen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, sírvase proporcionar detalles:		

¿Está usted o <u>algún miembro</u> del hogar legalmente requerido para ser un registrador de por vida en un registro estatal de delincuentes sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sido condenado por producir metanfetamina en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, cuando		
Indique cada estado en el que ha vivido: Esta divulgación es obligatoria bajo las reglas de HUD y la detección criminal será revisada en cada estado listado y a través de bases de datos nacionales de <i>detección criminal / delincuente sexual</i> . <i>Si no se proporciona una lista completa y precisa, se rechazará la solicitud.</i>		
<input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> AK <input type="checkbox"/> AZ <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> IL <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> KS <input type="checkbox"/> KY <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> NY <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> OH <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> TN <input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/> UT <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> WA <input type="checkbox"/> WV <input type="checkbox"/> WI <input type="checkbox"/> WY <input type="checkbox"/> Washington D.C.		

HISTORIA DE ALQUILER:

¿Está actualmente sin hogar? <i>En caso afirmativo, omita las preguntas sobre su arrendador actual y responda preguntas relacionadas con su arrendador más reciente.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si usted no es el Jefe de Familia (HOH, por sus otros), ¿es su arrendador actual el mismo que el HOH? <i>(si es Sí, continúe con la información del Propietario Anterior; si no, Complete la Información a continuación)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Propietario actual		
Dirección		
Dirección		
Ciudad, Estado, Zip		
Nombre de contacto (si se conoce)	Número de	teléfono
¿Cuánto tiempo has vivido en esta dirección?		
Motivo para irse		
¿Alguna vez se le pidió que permitiera o participara en el exterminio de plagas que no fuera el control de plagas programado regularmente? <i>(Incluye cucarachas, chinches, roedores, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene actualmente algún saldo pendiente adeudado a este arrendador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le ha dado aviso a este propietario de que se mudará?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Cabañas en French Bay Solicitud de admisión

Si usted no es el Jefe de Familia (HOH, por sus #1, el Propietario Anterior es el mismo que el HOH? <i>(Si es Sí, continúe con la siguiente sección. Si no, complete la información a continuación)</i>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
#1 de propietarios anteriores				
Dirección				
Dirección				
Ciudad, Estado, Zip				
Nombre de contacto (si se conoce)		Número de		teléfono
¿Cuánto tiempo vivió en esta dirección?				
Motivo para irse				
¿Fue usted o algún miembro de su hogar desalojado de esta propiedad?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se le pidió que permitiera o participara en el exterminio de plagas que no fuera el control de plagas programado regularmente? <i>(Incluye cucarachas, chinches, roedores, etc.)</i>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le debía dinero al arrendador anterior cuando se fue o actualmente tiene algún saldo pendiente adeudado a este arrendador?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez le ha pedido, por este arrendador, que firme un acuerdo de pago para devolver dinero a HUD?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si usted no es el Jefe de Familia (HOH, por sus otros), ¿el Propietario Anterior #2 el mismo que el HOH? <i>(Si es Sí, continúe con la siguiente sección. Si no, complete la información a continuación)</i>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
#2 de Propietarios anteriores				
Dirección				
Dirección				
Ciudad, Estado, Zip				
Nombre de contacto (si se conoce)		Número de		teléfono
¿Cuánto tiempo vivió en esta dirección?				
Motivo para irse				
¿Fue usted o algún miembro de su hogar desalojado de esta propiedad?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se le pidió que permitiera o participara en el exterminio de plagas que no fuera el control de plagas programado regularmente? <i>(Incluye cucarachas, chinches, roedores, etc.)</i>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le debía dinero al arrendador anterior cuando se fue o actualmente tiene algún saldo pendiente adeudado a este arrendador?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez le ha pedido, por este arrendador, que firme un acuerdo de pago para devolver dinero a HUD?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

PROVEEDORES DE UTILIDAD: Usted no puede vivir en la unidad a menos que pueda establecer servicios públicos en la unidad.

¿Tiene algún saldo atrasado/pendiente adeudado a cualquier proveedor de servicios públicos?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Podrá establecer servicios públicos en su unidad?				
Eléctrico.....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Gas.....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A



Cabañas en French Bay Solicitud de admisión

MASCOTAS Y ANIMALES DE ASISTENCIA/EMPRESA: Por favor revise las reglas de mascotas/animales de asistencia de la propiedad. La presencia de cualquier animal debe ser aprobada **antes** de alojar al animal en la unidad.

¿Planeas alojar a un animal en la unidad?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se requiere que este animal viva en la unidad para aliviar los síntomas de una discapacidad para un miembro del hogar?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
TIPO DE ANIMAL <i>(ES DECIR, PERRO, GATO,..)</i>	RAZA <i>(SI CORRESPONDE)</i>	ALTURA <i>(MEDIDA A LA MARCHITOS SI PROCEDE)</i>	PESO	

HCOMPOSICION Y CARACTERISTICAS OUSEHOLD:

Si usted es el Jefe de Hogar (HOH), complete esta sección que proporciona información sobre otros miembros del hogar. Esta aplicación debe incluir información sobre todos los que vivirán en la unidad.

¿Alguien más vivirá en la unidad contigo? <i>En caso afirmativo, complete lo siguiente y tenga en cuenta que todos los adultos deben completar su propia solicitud. Si no, por favor vaya a la siguiente sección.</i>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuántas personas vivirán en la unidad?	Adulto s		Menore s	

NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO Y DEL MIEMBRO DEL HOGAR			
2			
<input type="checkbox"/> Co-head <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Adulto/niño Vivo en El asistente <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores			
Número de Seguro Social		Dcomió de nacimiento	
Indique cada estado en el que ha vivido: Esta divulgación es obligatoria bajo las reglas de HUD y la detección criminal será revisada en cada estado listado y a través de bases de datos nacionales de <i>detección criminal / delincuente sexual</i> . <i>Si no se proporciona una lista completa y precisa, se rechazará la solicitud.</i>			
<input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> AK <input type="checkbox"/> AZ <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> IL <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> KS <input type="checkbox"/> KY <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> NY <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> OH <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> TN <input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/> UT <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> WA <input type="checkbox"/> WV <input type="checkbox"/> WI <input type="checkbox"/> WY <input type="checkbox"/> Washington D.C.			

CARACTERISTICAS DE UNIDAD: El propietario/agente tomará sus preferencias/requisitos de la unidad a la consideración. Indique las características especiales necesarias para serbajas:

<input type="checkbox"/> Unidad accesible para la movilidad	<input type="checkbox"/> Unidad accesible para la comunicación (audición)	<input type="checkbox"/> Unidad accesible para la comunicación (visual)
---	---	---

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

La siguiente información es solicitada por el NYS y el gobierno federal con el fin de monitorear el cumplimiento de las leyes estatales y federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes que buscan participar en este programa. No está obligado a proporcionar esta información, pero se le anima a hacerlo. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminarlo de ninguna manera.

Carrera

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro
--------------------------	--	--------------------------------	---



Cabañas en French Bay Solicitud de admisión

Blanco		Americano/Nativo de Alaska	Asiático	
				islaño del Pacífico

origen étnico

<input type="checkbox"/> Hispanos o latinos	<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
---	---

INFORMACION DE INGRESOS Y ACTIVOS: Para determinar la elegibilidad y asegurarse de que su familia reciba la asistencia correcta, proporcione la siguiente información.

¿Está empleado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione el nombre y la dirección de su empleador actual a continuación.			
#1 empleador			
Dirección			
Dirección 2			
Ciudad, Estado, Zip			
Teléfono			
¿Cuántos ingresos de empleo espera recibir en los próximos 12 meses?			\$

#2 del empleador			
Dirección			
Dirección 2			
Ciudad, Estado, Zip			
Teléfono			
¿Cuántos ingresos de empleo espera recibir en los próximos 12 meses?			\$

¿Tiene actualmente más de dos empleadores? Sí No

En caso afirmativo, proporcione información adicional sobre el empleo en una hoja separada.

¿Cuánto espera recibir en otros ingresos en los próximos 12 meses?				
<u>Por favor escriba en 0.00, NA o Ninguno si no recibirá ningún ingreso de estas fuentes.</u>				
EL PROPIETARIO/AGENTE NO PROCESARÁ LA SOLICITUD SI ESTOS CAMPOS NO ESTÁN COMPLETOS.				
¿Seguro Social Mensual?	<input type="checkbox"/> Comprobar	<input type="checkbox"/> Depósito directo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito prepagada	\$
¿SSI mensual?	<input type="checkbox"/> Comprobar	<input type="checkbox"/> Depósito directo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito prepagada	\$
¿Beneficios mensuales de jubilación?	<input type="checkbox"/> Comprobar	<input type="checkbox"/> Depósito directo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito prepagada	\$
Beneficios mensuales del VA?	<input type="checkbox"/> Comprobar	<input type="checkbox"/> Depósito directo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito prepagada	\$
Beneficios mensuales de desempleo?	<input type="checkbox"/> Comprobar	<input type="checkbox"/> Depósito directo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito prepagada	\$
¿Asistencia Pública Mensual?	<input type="checkbox"/> Comprobar	<input type="checkbox"/> Depósito directo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito prepagada	\$
¿Manutención de niños?	<input type="checkbox"/> Comprobar	<input type="checkbox"/> Depósito directo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito prepagada	\$

¿Tienes derecho a Alimony?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Importe mensual de la pensión alimenticia		\$	



Cabañas en French Bay Solicitud de admisión

¿Ingresos de una pensión o anualidad u otro activo?	\$
¿Contribuciones regulares de organizaciones o de personas que no viven en la unidad?	\$
¿Pagos periódicos de seguros de cuidado a largo plazo, discapacidad o beneficios por muerte?	\$
Contribuciones de la familia para alquiler, cuidado de niños u otras facturas.	\$
Cualquier suma global se despide del retraso de los pagos por SSI o VA Disability	\$
¿Recibe ayuda financiera para recibir asistencia educativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad anual de asistencia educativa.	\$
¿Otro?	\$
¿Otro?	\$

Activos

¿Ha vendido o regalado bienes inmuebles u otros activos valorados en \$1000.00 o más (incluidas las donaciones en efectivo) en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has dado dinero a organizaciones benéficas en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una cuenta corriente? Si responde que sí, se le pedirá que proporcione los estados de cuenta bancarios de los últimos seis meses para que podamos estimar el valor del activo de acuerdo con los requisitos de HUD. Guarde sus extractos bancarios.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una cuenta de ahorros? Si responde que sí, se le pedirá que proporcione el extracto bancario más reciente para que podamos estimar el valor del activo en relación con los requisitos de HUD.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene efectivo que no se deposita en una cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valor actual: escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Tiene una cuenta de ahorros 401K u otra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valor actual: escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Tiene una cuenta IRA u otra cuenta de jubilación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valor actual: escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Alguna de sus cuentas de jubilación tiene una distribución mínima requerida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad	\$
¿Tiene una casa u otra propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valor actual: escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Tiene ingresos empresariales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valor actual de la empresa - Escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Tiene existencias/bonos/certificados de depósito (CD)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valor actual: escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Tiene una póliza de seguro de vida?	<input type="checkbox"/> Sí Todo el Término Universal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No
Valor actual: escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Tienes una anualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valor actual: escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Hay un fondo fiduciario a su nombre o ha establecido un fondo fiduciario para otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valor actual: escriba en 0.00, NA o None si el valor del activo es cero.	\$
¿Tiene una caja de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Son activos almacenados en la caja de seguridad como bonos de ahorro de EE.UU., efectivo, acciones, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene acceso a otros activos, propiedades, pólizas de seguro, negocios, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione una descripción de los activos y el valor actual del activo a continuación:	
\$	
\$	
\$	



Cabañas en French Bay Solicitud de admisión

SANCIÓN POR EL USO INCORRECTAMENTE DE ESTE FORMULARIO

El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito felony por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos, HUD, la PHA y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD, la PHA o el propietario) m estar sujeto a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos inapropiados de la información recopilada en base al formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada sobre la base de este formulario de verificación está restringido a los fines citados anteriormente. Cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente solicite, obtenga o divulgue cualquier información bajo falsas pretensiones sobre un solicitante o participante puede estar sujeta a un delito menor y multada no más de \$5,000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede presentar una acción civil por daños y perjuicios, y buscar otro alivio, según sea apropiado, contra el oficial o empleado de HUD, la PHA o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o uso indebido. Las disposiciones de sanción por el uso indebido del número de seguro social figuran en la Ley de Seguridad Social de 208 (a) (6), (7) y (8). La violación de estas disposiciones se cita como violaciones de 42 U.S.C. 408 a) (6), (7) y (8).

Autorización

Por la presente autorizamos a la Clayton Improvement Association, Ltd y a su personal o representante autorizado a ponerse en contacto con cualquier agencia, oficina, grupo u organización para obtener y verificar cualquier información o material que se considere necesario para completar mi/nuestra solicitud de vivienda administrada por Clayton Improvement Association, Ltd.

Firma _____ Fecha _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Al firmar este documento, certifico que si se selecciona para recibir asistencia, la unidad que os ocupamos será por mi/nuestra única residencia. Entendemos que la información anterior se está recopilando para determinar mi/nuestra elegibilidad. Autorizo al propietario/administrador/ a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a contactar a los propietarios anteriores o actuales u otras fuentes de información de crédito y verificación que puedan ser liberadas a las agencias federales, estatales o locales apropiadas. Certificamos que las declaraciones hechas en la solicitud son verdaderas y completas. Entendemos que proporcionar declaraciones o información falsas es punible bajo la Ley Federal.

Me gustaría solicitar una copia completa de los criterios de selección de residentes del propietario/agente.

No Sí En caso afirmativo, ¿qué opción prefieres? Copia en papel Copia electrónica

Correo electrónico: _____

solicitante (por favor imprima) _____

Firma _____ Fecha _____

