DOMINICK PANGALLO
ALCALDE

TOM DANIEL, AICP
DIRECTOR

CITY OF SALEM, MASSACHUSETTS

DEPARTMENT OF PLANNING AND COMMUNITY DEVELOPMENT

98 WASHINGTON STREET, SECOND FLOOR ♦ SALEM, MASSACHUSETTS 01970
TELE: 978-619-5685

PROGRAMA DE PRÉSTAMOS PARA LA REHABILITACIÓN DE VIVIENDAS

SOLICITUD DEL INQUILINO

INSTRUCCIONES Por favor, complete todos los puntos en esta solicitud. Si la información solicitada no se aplica a usted, por favor escriba "no aplicable" o "n / a". Favor de enviar su Solicitud llena con la documentación requerida en sobre cerrado, ya sea al propietario o directamente a nuestra oficina en la dirección anterior. Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina al (978) 617-5685 si tiene alguna pregunta.

Toda la información se mantendrá confidencial.

INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

Dirección: _____

Apartamento Número: _____ Cantidad de cuartos: _____

Número de teléfono: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL INQUILINO

Nombre: _____ Co-inquilino: _____

de Seguro Social: _____ # de Seguro Social: _____

Estado civil: _____ Estado civil: _____

Por favor, escriba los nombres, edades y relación con otros miembros del hogar abajo:

Nombre:	Edad:	Relación:

¿En esta unidad vive alguna persona discapacitada? ❑ No ❑ Si ¿Cuántos? _____

Los programas de Rehabilitación de Viviendas y Elimina el Plomo no discriminan sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, estado civil, orientación o identidad sexual o discapacidad. Estos programas son financiados a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD), la utilización de fondos de la Community Development Block Grant (CDBG) y de HOME.

INFORMACIÓN DE ALQUILER

Alquiler-pago $ _____ / Mes ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? ___ Años ___ Meses

¿Qué utilidades debe pagar? ❑ electricidad ❑ calefacción ❑ agua Costo de utilidades $ _____

¿Recibe asistencia de alquiler? ❑ No ❑ Si (Favor de marcar el tipo de asistencia de alquiler que recibe.)

❑ Cupón Sección 8 ❑ Certificado Sección 8 ❑ Certificado 707 ❑ Otro _____

FUENTE DE INGRESO

A. INFORMACIÓN DE EMPLEO

Favor de completar esta sección para **TODOS** los miembros del hogar de 18 años o mayores. Usted debe incluir tanto empleos a tiempo completo como a tiempo parcial. *(Si tiene más empleadores, póngalos en una hoja aparte.)*

1. Nombre: _____

   Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

   Dirección del empleador: _____

   Ingreso anual (incluyendo horas extras, bonos & propinas): _____

2. Nombre: _____

   Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

   Dirección del empleador: _____

   Ingreso anual (incluyendo horas extras, bonos & propinas): _____

3. Nombre: _____

   Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

   Dirección del empleador: _____

   Ingreso anual (incluyendo horas extras, bonos & propinas): _____

B. OTRAS FUENTES DE INGRESOS: (*Incluya todos los miembros del hogar*)

Fuente	**Cantidad que devenga por año**	**Fuente**	**Cantidad que devenga por año**
Seguro Social:	$	Welfare:	$
Beneficios de S.S.I.:	$	Compensación de trabajador:	$
Pensión:	$	Desempleo:	$
Beneficios de veteranos:	$	Pensión alimenticia:	$
Retiro:	$	Manutención de menor:	$
Discapacidad:	$	Otro:	$

Los programas de Rehabilitación de Viviendas y Elimina el Plomo no discriminan sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, estado civil, orientación o identidad sexual o discapacidad. Estos programas son financiados a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD), la utilización de fondos de la Community Development Block Grant (CDBG) y de HOME.

INFORMACIÓN PARA FINES DE VERIFICACIÓN POR EL GOBIERNO

La siguiente información la solicita el gobierno Federal para ciertos tipos de préstamos con el fin de supervisar el cumplimiento por parte de la Ciudad de Salem con las leyes de igual oportunidad de crédito y de vivienda justa. Mientras que usted no está obligado a proporcionar esta información, se le exhorta a hacerlo. La ley dispone que un Prestador no puede discriminar en base a la información, ni si ha elegido proporcionarla o no.

Según las regulaciones federales, la Ciudad de Salem debe anotar la raza y el sexo basado en una observación visual o el apellido. Si usted no desea proporcionar la información, sírvase marcar la casilla de abajo.

❑ Yo no deseo proporcionar esta información.

CABEZA DE FAMILIA:

1. ¿Cuál es su sexo? ❑ Masculino ❑ Femenino
2. ¿Es usted Hispano/Latino? ❑ Si* ❑ No

* Incluso si marcó usted Sí a la pregunta sobre el origen étnico, por favor conteste la pregunta 3 acerca de la raza.

3. ¿Cuál es su raza? Favor de marcar solo UNA casilla.

❑ Blanco
❑ Negro/Afro Americano
❑ Asiático
❑ Indio Americano o Nativo de Alaska
❑ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico
❑ Negro/Afro Americano & Blanco
❑ Asiático & Blanco
❑ Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco
❑ Indio Americano /Nativo de Alaska & Negro/Afro Americano
❑ Otra mezcla de razas

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO

Yo (nosotros) certifico (certificamos) que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta hasta la fecha puesta al lado de mi (nuestra) firma en esta solicitud y confirma mi (nuestro) entendimiento de que cualquier distorsión intencional o negligente de la información contenida en esta solicitud puede resultar en responsabilidad civil y/o sanciones penales, lo cual conlleva, sin estar limitado a ello, multa o encarcelamiento, o ambos, en virtud de lo dispuesto en el Título 18, Código de Estados Unidos, Sección 1001, y la responsabilidad por daños y perjuicios monetarios a la Ciudad de Salem, sus agentes sucesores y cesionarios, los aseguradores y cualquier otra persona que sufra alguna pérdida debido a la dependencia en cualquier declaración falsa, que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho en esta solicitud. Al firmar este documento confiero (conferimos) autorización al Departamento de Planificación y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Salem para que obtenga verificación de cualquier fuente mencionada en él.

TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMAR ABAJO.

Firma de Solicitante _____ Fecha: _____

Firma de Co-solicitante _____ Fecha: _____

IMPORTANTE: TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN APORTAR LA DOCUMENTACIÓN INGRESOS REQUERIDOS (ESPECIFICADA EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN ADJUNTA) CON SU SOLICITUD.

KIMBERLEY DRISCOLL
ALCALDESA

TOM DANIEL, AICP
DIRECTOR

CITY OF SALEM, MASSACHUSETTS

DEPARTMENT OF PLANNING AND COMMUNITY DEVELOPMENT

98 WASHINGTON STREET, SECOND FLOOR ♦ SALEM, MASSACHUSETTS 01970
TELE: 978-619-5685

PROGRAMA DE PRÉSTAMOS PARA LA REHABILITACIÓN DE VIVIENDAS

CONOCIMIENTO DEL INQUILINO DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL PROPIETARIO

Yo/Nosotros, _____ y _____, residente(s) en
(Inquilino) (Co-Inquilino)
_____, Salem, Massachusetts, certifico/certificamos saber que el
(Dirección)
propietario de esta unidad de alquiler está en el proceso de someter una solicitud de ayuda al Programa de Préstamos para Rehabilitación de Viviendas de la Ciudad de Salem.

Yo/nosotros entendemos que:

- Como parte del proceso de solicitud se me exigirá que presente información sobre mis ingresos a la ciudad de Salem. Toda la información sobre los ingresos dada a la Ciudad de se mantendrá confidencial.

- Durante la construcción, se me puede pedir cumplir con ciertos pedidos razonables para dar cabida a la construcción. Estoy dispuesto a cumplir con dichas peticiones.

- Durante la construcción, se me puede pedir trasladarme temporalmente a otra localidad por un período de tiempo para dar cabida a la construcción.

- Si reubicación temporal es requerida, habrá asistencia disponible para la misma a través de la Ciudad.

Firma del Inquilino: _____ Fecha: _____

Firma del Co-Inquilino: _____ Fecha: _____

Los programas de Rehabilitación de Viviendas y Elimina el Plomo no discriminan sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, estado civil, orientación o identidad sexual o discapacidad. Estos programas son financiados a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD), la utilización de fondos de la Community Development Block Grant (CDBG) y de HOME.