METRO MANAGEMENT
80 Border Street, East Boston, Ma. 02128
Tel: (617)-567-7755 Fax: (617)-567-1842

METRO MANAGEMENT LE AYUDARÁ EN LA REVISIÓN DE ESTE DOCUMENTO. SI ES NECESARIO, LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES PUEDEN SOLICITAR ESTA SOLICITUD EN TIPO DE LETRA GRANDE U OTROS FORMATOS ALTERNOS.

Fecha de recepción de la solicitud _____

SITIOS:

Vivienda para personas mayores:
62 + Older
[ ] Barnes School **(Non-smoking)**
[ ] Lewis Mall **(Non-smoking)**
[ ] Cheverus School **(Non-smoking)**
[ ] Villa Michelangelo **(Non-smoking)**
[ ] Dalrymple School **(Non-smoking)**

Ancianos / Discapacitados:
[ ] Lyman School **(Non-smoking)**
[ ] Woodbury **(Non-smoking)**
[ ] Landfall **(Non-smoking)**

TAMAÑO DEL APARTAMENTO NECESARIO:

0BD	1BD	2BD	3BD	4BD
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

TIPO DE UNIDAD SOLICITADA

Unidad adaptada para silla de ruedas
[ ] Yes [ ] No

Unidad adaptada auditiva / visual
[ ] Yes [ ] No

L.C.A. II / Scattered Sites/Greenway/Paris Village/ East Boston AOP(Por favor marque)
[ ] Market Rent
[ ] Basic Rent
[ ] Low Rent

APLICACIÓN PARA ADMISIÓN

Nota: Complete todas las secciones en su totalidad. Si no lo hace, se producirán retrasos en el procesamiento o el rechazo de su solicitud. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con la oficina de Administración de Metro.

Solicitante: _____
APELLIDO SEGUNDO NOMBRE PRIMER NOMBRE

Dirección: _____
CALLE APT. CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección de envio:_____
(si es diferente) CALLE APT. CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de casa: _____ Telefono celular: _____

Raza: (Sección opcional: la información se utilizará solo para programas de vivienda justa, según lo exigen las leyes estatales y federales).

[ ] American Indian/ Alaskan Native
[ ] Black (not of Hispanic origin)
[ ] White (not of Hispanic origin)
[ ] Asian or Pacific Islander
[ ] Hispanic

PROPIETARIO

Nombre: _____ Telefono: _____

Dirección:_____
CALLE APT. CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Está alquilada su residencia actual? [ ] Yes [ ] No
Si no, explique: _____
¿Estás en un contrato de arrendamiento? [ ] Yes [ ] No
Cuándo vence este contrato de arrendamiento si tiene uno?: _____

Costo actual de la vivienda por mes $ _____ Incluye utilidades? [ ] Yes [ ] No
Cuánto tiempo ha vivido en la dirección actual? _____ años.
Nombre todos los estados donde ha residido el solicitante_____
Cuáles son tus razones para mudarte?_____
Cómo se enteró de estas viviendas?_____

REFERENCIAS

Proporcione el nombre completo y la dirección de los propietarios u funcionarios en otros lugares en los que haya vivido durante los últimos cinco años o las últimas dos residencias, lo que sea más inclusivo (incluya refugios).

Nombre del propietario / funcionario actual _____ Telefono: _____
Dirección: _____

Nombre del propietario / funcionario actual _____ Telefono: _____
Dirección: _____

NOTA: Si no puede proporcionar un propietario o otra referencia de vivienda, proporcione otras referencias que lo conozcan desde hace un año o más y que no estén relacionadas con usted.

Nombre de referencia _____ Telefono: _____
Dirección: _____

Nombre de referencia _____ Telefono: _____
Dirección: _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR
Complete la siguiente información para cada miembro de su familia, incluido usted, que ocupará el apartamento.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Ocupación	Número de seguridad social	Estudiante a tiempo completo (círculo)
						Yes / No
						Yes / No
						Yes / No
						Yes / No
						Yes / No
						Yes / No
						Yes / No

Divulgación de SSN para el solicitante y para todos los miembros del hogar del solicitante, excepto aquellos miembros del hogar que no afirman tener un estatus migratorio elegible.
Información de solicitantes que tenían 62 años o más al 31 de enero de 2010 y que no tienen un SSN, si estaban recibiendo asistencia de alquiler de HUD en otro lugar el 31 de enero de 2010. Esta información es necesaria para que el propietario verificar si el solicitante califica para la exención de divulgar y proporcionar verificación de un SSN.

Algún miembro del hogar tiene alguna solicitud de accesibilidad o adaptaciones razonables o formas alternativas que necesitemos para comunicarnos con usted? [ ] Si [ ] No
En caso afirmativo, explíquelo porfavor._____

Tiene actualmente una mascota doméstica? [ ] Si [ ] No
Si es así, que tipo?_____

INGRESOS LABORALES POR MIEMBRO DEL HOGAR
Indique los ingresos recibidos y los bienes que posee cada miembro de su hogar.

1. Individuo Empleado: _____
Nombre del empleador _____Telefono: _____
Dirección: _____
Años de empleo: _____ Posición: _____ Salario $_____
[ ] semanal [ ] quincenal [ ] mensual

2. Individuo Empleado: _____
Nombre del empleador _____Telefono: _____
Dirección: _____
Años de empleo: _____ Posición: _____ Salario $_____
[ ] semanal [ ] quincenal [ ] mensual

3. Individuo Empleado: _____
Nombre del empleador _____Telefono: _____
Dirección: _____
Años de empleo: _____ Posición: _____ Salario $_____
[ ] semanal [ ] quincenal [ ] mensual

OTRAS FUENTES DE INGRESO POR MIEMBRO DEL HOGAR
Enumere todos los demás ingresos, como asistencia social, seguro social, SSI, pensiones, compensación por discapacidad, compensación por desempleo, intereses, pensión alimenticia, manutención infantil, cuidado infantil, anualidades, dividendos, ingresos de propiedad de alquiler, pago militar, becas y / o subvenciones.

Miembro del hogar	**Tipo de ingreso**	**Ingresos (Antes de los impuestos)**
_____	_____	_____per_____
_____	_____	_____per_____
_____	_____	_____per_____
_____	_____	_____per_____
		(semanal, mensual, año)

INGRESOS POR ACTIVOS
Los activos incluyen cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados a plazo, mercados monetarios, acciones, bonos, propiedades inmobiliarias y valor en efectivo de una póliza de seguro de vida.

Miembro del hogar	**Tipo de ingreso**	**Ingresos (Antes de los impuestos)**
_____	_____	_____per_____
_____	_____	_____per_____
_____	_____	_____per_____
_____	_____	_____per_____
		(semanal, mensual, año)

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS SI DESEA SER CONSIDERADO PARA LAS PRIORIDADES O DEDUCCIONES / CONSIDERACIONES ESPECIALES:

1. Ha sido desplazado de su hogar? Si ____ No ____ Si es así, por favor explique.
_____

2. Su apartamento contiene violaciones de salud? Yes ____ No ____ Si es así, por favor explique.
_____

3. Su apartamento actual es demasiado pequeño para su familia? Si_____ No _____

4. Su vivienda actual causa algún problema de accesibilidad o otros problemas a algún miembro del hogar que tenga una discapacidad? Si_____ No _____
Si es así, por favor explique:_____

5. Ha sufrido usted o algún miembro de su hogar violencia real o amenaza de violencia física por parte de su cónyuge u otro miembro del hogar? Si es así, por favor explique.
_____

Información Adicional Requerida

Está usted o algún miembro de su hogar obligado a registrarse como delincuente sexual según la ley de Massachusetts o cualquier otra ley estatal? _____. En caso afirmativo, indique el nombre de las personas y los requisitos de registro (es decir, lugar donde se debe presentar el registro, período de tiempo durante el cual se requiere el registro).

_____

NOTE: El no responder completamente a estas preguntas puede resultar en el rechazo o denegación de esta solicitud.

Por la presente certifico / certificamos que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa, a mi / nuestro leal saber y entender. Se pueden realizar consultas para verificar las declaraciones en este documento. Toda la información se considera de naturaleza confidencial, y también se puede solicitar un informe de crédito del consumidor y un informe de información de antecedentes penales (CORI) u otra verificación de antecedentes penales. Yo / nosotros certificamos que yo / nosotros entendemos que las declaraciones o información falsa son punibles según las leyes estatales o federales.
Por la presente certifico / certificamos que hemos recibido un aviso de la compañía administradora que describe el derecho a adaptaciones razonables para las personas con discapacidades.
Firmado bajo las penas y penas del perjurio.

_____	_____	_____	_____
Solicitante	Fecha	Co-solicitante	Fecha

Metro Management no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, edad, estado familiar o discapacidad física o mental en el acceso o admisión al Desarrollo, su empleo, o en sus programas, actividades. , funciones o servicios.
Nota: Si lo solicita al Agente, tiene derecho a recibir un Resumen del plan de selección de inquilinos (con el inserto de descripción del programa) que resume el proceso de solicitud de inquilinos, incluidos los requisitos de elegibilidad y selección, para la ocupación en el Desarrollo.

Elegibilidad para vivienda asegurada o asistida por HUD. Se hará una determinación de elegibilidad para vivienda que sea asistida por HUD o sujeta a una hipoteca asegurada por la Administración Federal de Vivienda de acuerdo con los requisitos de elegibilidad provistos para dicho programa por HUD, y dicha vivienda estará disponible sin tener en cuenta la situación real o orientación sexual, identidad de género o estado civil percibidos.

Si el Agente ha determinado que el solicitante es elegible para la admisión a la propiedad, y la única verificación pendiente es la del SSN, el solicitante puede retener su lugar en la lista de espera por el período de 60 días, durante el cual el el solicitante deberá intentar obtener documentación. Después de 60 días, si el solicitante no ha podido proporcionar la documentación SSN requerida, se determinará que el solicitante no es elegible y se eliminará de la lista de espera. Sin embargo, el Agente puede extender el período de tiempo por 60 días adicionales si el solicitante tiene al menos 62 años y no puede presentar la documentación requerida dentro del primer período de 60 días