



## Solicitud previa para arrendamiento de una vivienda asequible que Samaritas administra o posee

**Propiedades administradas por Samaritas:**

- Allen Manor Senior Housing– Grand Rapids
- Christian Manor Apartments– Muskegon
- Immanuel Village Apartments – Mt. Pleasant
- Grand Ravine Senior Housing– Allegan
- SHAWL I Apartments - Whitehall
- SHAWL II Apartments - Montague

**Viviendas asequibles de Samaritas en:**

- Gateshead Crossing – Detroit
- Grebe Village – Cheboygan
- Sequoia Place – Ann Arbor
- Alison House - Lansing

**Viviendas asequibles de Samaritas en:**

- Adrian
- Monroe
- Alpena
- Rochester Hills
- Grand Rapids

Devuelva la solicitud previa a Sarah Parker, a [spark@samaritas.org](mailto:spark@samaritas.org) o Sarah Parker, 8131 E. Jefferson, Detroit, MI 48214

**Estoy enviando mi solicitud para este tipo de departamento:**

- Estudio
  1 dormitorio
  2 dormitorios
  3 dormitorios

<b>Información general de la familia</b>		
<b>Jefe de hogar:</b>		
1) Nombre:		
Dirección actual:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Fecha de nacimiento:	Género: Masculino ____ Femenino ____ Prefiero no revelar ____	
Número de seguro social:	Dirección de correo electrónico:	
Indique la raza o procedencia:		
<input type="checkbox"/> Indígena americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otra (especificar)	<input type="checkbox"/> Prefiero no revelar
Declaración de ciudadanía:		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Soy ciudadano o extranjero con derechos y condición migratoria legal. El formulario de declaración de ciudadanía se completará en otro momento y se adjuntará a la solicitud.
¿Se sumará un nuevo miembro a su familia por algunas de estas circunstancias?		<input type="checkbox"/> Sí, ver abajo <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Adopción	<input type="checkbox"/> Cuidado tutelar
<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Custodia compartida de un menor	



Lista de miembros adicionales del hogar		Cantidad total de miembros del hogar: _____	
1) Nombre:	N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
2) Nombre:	N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
3) Nombre:	N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
4) Nombre:	N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
5) Nombre:	N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
6) Nombre:	N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
7) Nombre:	N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
¿Usted o algún miembro de su familia necesitan las características especiales de una unidad diseñada para personas con movilidad reducida?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Vive o vivió en una vivienda subsidiada?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente usa un vale de la Sección 8 o recibe alguna ayuda federal o estatal para la vivienda?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿No cuenta con una residencia fija para pasar la noche o está intentando huir de una situación de violencia?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soy estudiante a tiempo completo y mayor de 18 años, <u>no</u> soy jefe de hogar, ni cónyuge ni cojefe de mi unidad y, por tanto, reúno los requisitos de dependiente en mi hogar. Soy estudiante en:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Declaración de ingresos brutos combinados del hogar			Monto	Frecuencia con que lo recibe
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ayuda pública (AFDC, GA o SSI estatal)		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Seguro social		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Seguridad de ingreso suplementario (SSI federal)		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Beneficios por discapacidad o muerte, distintos del seguro social		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Beneficios de la Administración de veteranos/la ley de ayuda a veteranos ( <i>GI Bill</i> )		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pensión militar		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Seguro de desempleo		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Indemnización por accidentes de trabajo		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pensiones o fondos de jubilación		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Alguna de sus cuentas de jubilación tiene una distribución mínima obligatoria?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pólizas de seguro		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fideicomisos		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	A anualidades		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pensión alimenticia o manutención combinadas		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Negocio/empresa o ingresos profesionales		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bienes inmuebles o personales (contrato de compraventa)		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Indemnización por despido		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Apoyo regular y continuo de personas que no viven en la unidad, como dinero, alimentos, prendas de vestir, pago de servicios, etc.		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Empleo ( <b>incluir salarios de todas las personas del hogar</b> )		



Yo/nosotros certifico/certificamos que, si me/nos eligen para recibir ayuda, la unidad que ocupo/ocupamos es mi/nuestra única residencia. Entiendo/entendemos que se recoge la información para determinar el cumplimiento de los requisitos para recibir ayuda federal para la vivienda. Certifico/certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud previa son exactas y completas según mi/nuestro leal saber. Entiendo/entendemos que las declaraciones o la información falsas son punibles conforme a la ley federal. Entiendo/entendemos que este formulario es solo una solicitud previa, y su entrega no otorga derechos de arrendamiento o alquiler. Se necesitará información adicional para completar el procesamiento de todos los solicitantes.

Autorizo/autorizamos que la administración verifique toda la información provista en esta solicitud previa y se comunique con arrendadores anteriores o actuales u otras fuentes de información crediticia y de verificación, que pueda revelarse ante las entidades federales, estatales y locales que correspondan. Específicamente, autorizo/autorizamos a que se haga una verificación de mis/nuestros antecedentes penales en todos los estados en los que viví/vivimos; del registro estatal/nacional de delito sexuales; y de toda la información crediticia por parte de una de las tres entidades de información crediticia con aval nacional a través de un contratista privado.

*Acepto/aceptamos que todo cambio en esta solicitud previa debe hacerse por escrito. Se necesita una solicitud de inquilino adicional para procesar una mudanza. Es responsabilidad de la persona solicitante notificar de inmediato a la administración de la propiedad cualquier cambio en la dirección, el número de teléfono o la composición familiar.*

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona cosolicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Las solicitudes previas se registran y archivan conforme a la fecha y la hora de entrega. Es importante que devuelva este formulario a la brevedad. Responda todas las preguntas. Es posible que se rechacen las solicitudes incompletas. Para mantener nuestra lista de espera actualizada, les pedimos que se comuniquen con nuestra oficina cada 6 meses.

**Sanciones por el mal uso de este contenido:** El título 10, de la sección 1001, del Código de Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas e intencionalmente ante cualquier entidad gubernamental de EE. UU., el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD) (u otro empleado del HUD o el propietario) y podría recibir sanciones por revelaciones no autorizadas o usos incorrectos de la información recogida conforme a este formulario de consentimiento. El uso de la información recogida conforme a este formulario de verificación está restringido a los fines mencionados anteriormente. Toda persona que a sabiendas o intencionalmente solicite, obtenga o revele cualquier información bajo falsos pretextos sobre un solicitante o participante podría ser juzgada por un delito menor y recibir una multa de \$5,000 como máximo. Todo solicitante o participante afectado por una revelación negligente de la información podría iniciar acciones civiles por daños contra un funcionario o empleado del HUD o el propietario responsable de una revelación no autorizada o el uso incorrecto de dicha información, y también podría buscar otro resarcimiento, según corresponda. Las disposiciones sobre sanciones por mal uso del número de seguro social están contempladas en la Ley de Seguro Social en las secciones 208(a) (6), (7) y (8). El incumplimiento de estas disposiciones se cita como incumplimiento del título 42, sección 408(a) (6), (7) y (8) del Código de EE. UU.

Sheila Morris  
Directora de Vivienda  
Coordinadora de la Sección 504  
Viviendas Asequibles de Samaritas

Fecha y hora en que se recibió la solicitud: \_\_\_\_\_ Solicitud completa: \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Solicitud recibida por \_\_\_\_\_ Solicitud  aprobada o  rechazada por \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

