

Autoridad de Vivienda de la  
Ciudad de Neptuno  
**NCHA (en  
inglés)**



2000 6<sup>a</sup> Avenida  
Ciudad de Neptuno, NJ 07753  
732-988-2540  
Fax: 732-988-1587

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Recibido por: \_\_\_\_\_

**Solicitud de Admisión y Asistencia para el Alquiler**  
**DEBE TENER 62 años o más para presentar su solicitud**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
*(marque uno)*

Tamaño de apto. solicitado: *(Por favor,*

\_\_\_\_\_ Estudio \_\_\_\_\_ Un dormitorio

*(Los apartamentos de un dormitorio son para dos o más personas SOLAMENTE)*

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal:  
\_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

*(Cualquier cambio en la información anterior DEBE ser reportado a la oficina para permanecer en nuestra lista de espera activa)*

**Composición y características del hogar:** *(Debe responder/completar completamente)*

1. *Indique primero al jefe de familia y a los demás miembros que vivirán en la unidad.*
2. *Enumere la relación de otros miembros de la familia con el jefe de familia. (Ej. Cónyuge)*

| <u>Nombre completo</u> | <u>Relación</u> | <u>Nacimiento</u> | <u>Edad/Sexo</u> | <u>SSN</u> |
|------------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------|
| 1. _____               | <u>Cabeza</u>   | _____             | _____            | _____      |
| 2. _____               | <u>Esposo</u>   | _____             | _____            | _____      |

|     | <u>Renta</u> | <u>Tipo de Ingreso</u> | <u>Ingresos anuales</u> |
|-----|--------------|------------------------|-------------------------|
| (1) | _____        | _____                  | \$ _____                |
| (2) | _____        | _____                  | \$ _____                |

¿Está discapacitado? Sí  No . Raza del Jefe de Familia *(Solo con fines estadísticos)*

**Blanco**    **Negro**    **Indio Americano/Nativo de Alaska**    **Asiático/isleño del Pacífico**

4. **Origen étnico del jefe de familia** (*solo para fines estadísticos*)

**Hispánico**    **No hispanos**

5. **¿Alguien vive con usted ahora que no esté en la lista anterior?**:   Sí    No

6. **¿Espera un cambio en la composición de su hogar?**:   Sí    No

Explique si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas:

---

---

7. Identifique cualquier necesidad especial de vivienda (*si la hubiera*) que tenga su hogar:

---

---

8. ¿Vive actualmente en una unidad de vivienda subsidiada?    Sí    No

*En caso afirmativo*, nombre del complejo: \_\_\_\_\_

Nombre del Gerente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del gerente: \_\_\_\_\_

9. ¿Alguno de los miembros del hogar propuesto está sujeto al registro estatal de delincuentes sexuales de por vida en cualquier

¿Estado?   SI    NO

10. Enumere todos los estados en los que usted o cualquier miembro del hogar propuesto han residido.

---

---

**Información de ingresos y activos** (*Por favor, marque con un círculo la respuesta*)

*Responda a cada una de las siguientes preguntas. Para cada "sí", proporcione detalles en las líneas a continuación.*

*¿Algún miembro de su hogar?*

Sí No 1. ¿Trabaja a tiempo completo, a tiempo parcial o por temporadas?

Sí No 2. Espere trabajar durante cualquier período durante el próximo año.

Sí No 3. Trabaja para alguien que pague en efectivo.

Sí No 4. ¿Espera una licencia del trabajo debido a un despido, licencia médica, de maternidad o militar?

Sí No 5. ¿Ahora recibe o espera recibir beneficios por desempleo?

Sí No 6. ¿Ahora recibe o espera recibir manutención de los hijos?

Sí No 7. ¿Tiene derecho a la manutención de los hijos que no está recibiendo ahora?

Sí No 8. ¿Ahora recibe o espera recibir pensión alimenticia?

Sí No 9. ¿Tiene derecho a recibir una pensión alimenticia que no se está recibiendo actualmente?

Sí No 10. ¿Recibo/esperamos recibir asistencia pública (bienestar)?

Sí No 11. ¿Recibo/esperamos recibir beneficios del Seguro Social o beneficios por discapacidad?

Sí No 12. ¿Recibo/esperamos recibir ingresos de una pensión o anualidad?

Sí No 13. Yo/Nosotros recibimos o esperamos recibir contribuciones regulares de organizaciones o de  
¿Personas que no viven en la unidad?

Sí No 14. Yo/Nosotros Recibimos ingresos de activos, incluidos los intereses de cuentas corrientes o de ahorro, Intereses y dividendos de certificados de depósito, acciones o bonos o ingresos por alquiler ¿propiedad?

Sí No 15. ¿Posee bienes inmuebles o activos por los que no recibe ingresos (cuenta corriente, efectivo)?

Sí No 16. ¿Ha vendido o regalado bienes inmuebles u otros activos (incluido dinero en efectivo) en los últimos dos años? ¿años?

## **Activo**

1. Enumere todas las cuentas corrientes y de ahorros (incluidas las cuentas IRA, las cuentas Keogh y los certificados de depósito) de todos los miembros del hogar.

|     | <b><u>Nombre del banco</u></b> | <b><u>Tipo de Cuenta</u></b> | <b><u>Equilibrar</u></b> |
|-----|--------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| (1) | _____                          | _____                        | \$ _____                 |
| (2) | _____                          | _____                        | \$ _____                 |

2. Enumere todas las acciones, bonos, fideicomisos, pensiones u otros activos y su valor que posea cualquier hogar miembro:

\_\_\_\_\_

3. Enumere los activos enajenados por menos del valor justo de mercado durante los últimos dos años:

\_\_\_\_\_

## **Expensas**

Sí  No  ¿Le paga a un cuidador o por algún equipo para cualquier discapacitado o discapacitado? miembro(s) del hogar necesario para permitir que esa persona u otra persona en el hogar ¿trabajo?

Si le paga a un cuidador, proporcione su nombre, dirección y número de teléfono:

¿Cuál es el costo para usted por el asistente de cuidado y/o el equipo? \$ \_\_\_\_\_

## **Por favor, responda a la información médica**

Sí  No  ¿Tiene Medicare? En caso afirmativo, ¿cuál es su prima mensual? \$ \_\_\_\_\_

Sí  No  ¿Tiene algún otro tipo de seguro médico? En caso afirmativo, responda lo siguiente Preguntas: Proporcione el nombre y la dirección de la aseguradora, el número de póliza y el monto de la prima:

\_\_\_\_\_

Sí  No  ¿Tiene facturas médicas pendientes? En caso afirmativo, enumérelas a continuación

\_\_\_\_\_

¿En qué gastos médicos espera incurrir en los próximos doce meses?

\_\_\_\_\_

Si usa la misma farmacia regularmente, proporcione el nombre y la dirección:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Historial de alquiler anterior** *Si vive con un miembro de la familia, ingrese su información. (debe completar).*

**Nombre y dirección de su arrendador actual:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas viviendo allí? \_\_\_\_\_

¿Razón para irse? \_\_\_\_\_

**Nombre y dirección de su antiguo arrendador:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas viviendo allí? \_\_\_\_\_

¿Razón para irse? \_\_\_\_\_

**Historial de empleo**

**Nombre y dirección del empleador actual** *(escriba N/A si no corresponde)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas trabajando allí? \_\_\_\_\_

**Nombre y dirección del cónyuge o co-empleador principal:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas trabajando allí? \_\_\_\_\_

**Certificación del solicitante:**

Certifico/certificamos que si soy seleccionado para recibir asistencia, la unidad que ocupo será mi/nuestra única residencia. Entiendo que la información anterior se recopila para determinar mi/nuestra elegibilidad. Autorizo/autorizamos al propietario/gerente/PHA a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a ponerse en contacto con los propietarios anteriores o actuales u otras fuentes de información crediticia y de verificación que puedan ser divulgadas a las agencias federales, estatales o locales correspondientes. Autorizo/Autorizamos al Propietario/Gerente a hacer una verificación de antecedentes penales para determinar mi/nuestra elegibilidad. Entiendo/Entendemos que las declaraciones o información falsas son punibles bajo la Ley Federal.

Firma del Jefe: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge/co-jefe: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Propietario/Gerente/Representante de la PHA: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_