

# RENTAL APPLICATION

Complex: _____ Type Unit Requested: _____ Bedrooms <input type="checkbox"/> Handicap	<i>Office Use Only</i>
All blanks must be filled in for this application to be considered complete and processed for eligibility. Write N/A if the information requested does not apply. If additional space is needed, please attach separate sheet(s). Return this application to the manager of the apartment complex you wish to reside in.	Date _____ Time _____ AM / PM

Primary Applicant Information			
Full Legal Name	Social Security No.	Date of Birth	Driver's Lic. No.
Primary Applicant:			
Co-Applicant:			
Co-Applicant or Household Member:			
Co-Applicant or Household Member:			
Household Member:			
Household Member:			

  

1. Have you ever lived in an RD, HUD or other federal housing program project?  Yes  No  
 If yes, where? \_\_\_\_\_ Vacate Date: \_\_\_\_\_
2. Have you ever been evicted from private housing, public housing or any other federal housing program?  Yes  No  
 If yes, where, when and why? \_\_\_\_\_
3. Would a household member benefit from a wheelchair/other special handicap accessible unit?  Yes  No  
 If yes, are you applying for these features?  Yes  No
4. Do you have pets or service animals?  Yes  No  
 If yes, please specify: \_\_\_\_\_
5. Are you or a household member a current illegal user/distributor of a controlled substance?  Yes  No
6. Have you or a household member been convicted of the illegal use of a controlled substance?  Yes  No
7. Have you or a household member been convicted of the illegal manufacture or distribution of a controlled substance?  Yes  No
8. If questions 5, 6 or 7 were answered yes, has the person successfully completed a controlled substance abuse recovery program or is the person presently enrolled in such a program?  Yes  No  
 N/A
9. Have you or any member of your household been convicted of a misdemeanor or felony?  Yes  No
10. Do you or any member of your household have a history of violence of any kind?  Yes  No
11. Are any applicants 18 or older currently Part Time or Full Time Students?  Yes  No  
 If yes, who? \_\_\_\_\_
12. **I HAVE A PREFERENCE:** I have been displaced by government action or a presidentially declared disaster  Yes  No  
 Yes  No (You will be required to provide verification at time of application.)

Primary Applicant Current/Previous Residence Information
--

Applicant Phones: (home) \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_ Current Landlord Phone: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ Move-in Date: \_\_\_\_\_ Length of Tenancy: \_\_\_\_\_

Current Landlord/Address: \_\_\_\_\_

Monthly Rent: \$ \_\_\_\_\_ Reason for Moving: \_\_\_\_\_

Previous Address: \_\_\_\_\_ Residency From: \_\_\_\_\\_\_\_\_\\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\\_\_\_\_\\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ Length of Tenancy: \_\_\_\_\_

Previous Landlord/Address: \_\_\_\_\_ Previous Landlord Phone: \_\_\_\_\_

Reason for Moving: \_\_\_\_\_

Previous Address: \_\_\_\_\_ Residency From: \_\_\_\_\\_\_\_\_\\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\\_\_\_\_\\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ Length of Tenancy: \_\_\_\_\_

Previous Landlord/Address: \_\_\_\_\_ Previous Landlord Phone: \_\_\_\_\_

Reason for Moving: \_\_\_\_\_

**Primary Applicant Current Bank Information**

Type	Account Number	Bank Name	Interest Rate %	Balance
Checking Account				
Checking Account				
Savings Account				
Certificate				
Other				

**Primary Applicant Current Investments**

Savings Bond:  Yes  No  
 No. \_\_\_\_\_ Maturity Date \_\_\_\_\_ Cash Value \$ \_\_\_\_\_

Life Insurance:  Yes  No  
 Name: \_\_\_\_\_ Policy No. \_\_\_\_\_ Cash Value \$ \_\_\_\_\_

Bonds or Stocks:  Yes  No  
 If yes, note Current Value \$ \_\_\_\_\_

Real Property:  Yes  No  
 If yes, Type: \_\_\_\_\_ Appraised Market Value \$ \_\_\_\_\_  
 Location: \_\_\_\_\_

Have you sold/disposed of any property/assets in the last 2 years?  Yes  No  
 If property/asset sold, list type of property/asset: \_\_\_\_\_  
 Date property/asset sold: \_\_\_\_\_ Amount received from asset \$ \_\_\_\_\_

List other assets not listed above (excluding household goods): \_\_\_\_\_

**Primary Applicant Income From Assets, Employment and Other Sources**

List all income sources including, but not limited to income from sale of property, interest on assets, dividends,

and annuities, full or part-time employment, pension, SS, SSI, welfare agencies, food stamps, disability, armed forces reserves, unemployment, alimony, child care, child support, student grants, regular contributions from people not residing with you. Please show sources of income for at least the last 12 months for Primary Applicant.

Source of Income	Address of Income Source	Begin Date	End Date	Length	Annual <u>Gross</u> Income

### Deductions

1. Other than applicant and co-applicant, is any household member a full-time student and 18 years of age or older? (Student must carry a "full-time" subject load as defined by the attended college/school.)  Yes  No

2. Do you request an adjustment to income due to payment of child care which enables you or a member of your household to work? (Note: Only non-reimbursed amounts for child care of minors under 13 years of age may be deducted and is permitted only when such care is necessary to enable a household member to further his/her education or to be gainfully employed.)  Yes  No

If Yes, Expected Annual Expense: \$ \_\_\_\_\_

Care Provider Name, Address and Phone: \_\_\_\_\_

3. Do you or any household member request a handicap/disability adjustment to income?  Yes  No  
 (Note: This deduction is allowed only if applicant or co-applicant is **62 years of age or older or disabled or handicapped**. *DO NOT INCLUDE EXPENSES COVERED BY MEDICARE OR INSURANCE.*)

If yes, complete the following (attach additional sheet to this application if needed):

Anticipated Expense for Prescriptions and Non-Prescription Items  
as Prescribed by a Physician for the Next 12 Months

<u>Pharmacy Name</u>	<u>Address</u>	<u>Amount</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Anticipated Expense for Hospital, Medical, Dental, Optical and  
Medical Insurance Premium for the Next 12 Months

<u>Name/Policy #</u>	<u>Address</u>	<u>Amount</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Anticipated Expense for Hospital, Medical, Dental or Optical

<u>Provider</u>	<u>Address</u>	<u>Amount</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**Primary Applicant Personal References**

**Personal References - Non-related Persons Not Living With You Whom You Have Known 1+ Years**

Name	Address	Area Code/Phone

**Automobiles**

Year	Make and Model of Vehicle	License Plate Number	State Vehicle is registered in

**Primary Applicant Debt & Credit Information**

Please provide all information on your current debt history as requested below, complete and accurate information is required. Include auto loans, equipment and furniture loans, credit cards, revolving accounts (i.e. department store accounts), student loans, personal loans and any other debts that you owe.

Credit Source/ Company's Name	Address of Credit Source	Account Number	Current Balance	Minimum Monthly Payment	Current on Payments Yes or No

This institution is an equal opportunity provider and employer.



Agent \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**CO-APPLICANT**

**Co-Applicant Information**

Name: \_\_\_\_\_ Driver's License No.: \_\_\_\_\_

Social Security No.: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

1. Have you ever lived in an RD, HUD or other federal housing program project?  Yes  No  
If yes, where? \_\_\_\_\_ Vacate Date: \_\_\_\_\_
2. Have you ever been evicted from private housing, public housing or any other federal housing program?  Yes  No  
If yes, where, when and why? \_\_\_\_\_
3. Would a household member benefit from a wheelchair/other special handicap accessible unit?  Yes  No  
If yes, are you applying for these features?  Yes  No
4. Do you have pets or service animals?  Yes  No  
If yes, please specify: \_\_\_\_\_
5. Are you or a household member a current illegal user/distributor of a controlled substance?  Yes  No
6. Have you or a household member been convicted of the illegal use of a controlled substance?  Yes  No
7. Have you or a household member been convicted of the illegal manufacture or distribution of a controlled substance?  Yes  No
8. If questions 5, 6 or 7 were answered yes, has the person successfully completed a controlled substance abuse recovery program or is the person presently enrolled in such a program?  Yes  No
9. Have you or any member of your household been convicted of a misdemeanor or felony?  Yes  No
10. Do you or any member of your household have a history of violence of any kind?  Yes  No

**Co-Applicant Current/Previous Residence Information**

*here if your current/previous residence information is the same as the primary applicant's and do not complete this section.*

Applicant Phones: (home) \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_ Current Landlord Phone: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ Move-in Date: \_\_\_\_\_ Length of Tenancy \_\_\_\_\_

Current Landlord/Address: \_\_\_\_\_

Monthly Rent: \$ \_\_\_\_\_ Reason for Moving: \_\_\_\_\_

Previous Address: \_\_\_\_\_ Residency From: \_\_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ To: \_\_\_\_\\_\_\_\\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ Length of Tenancy: \_\_\_\_\_

Previous Landlord/Address: \_\_\_\_\_ Previous Landlord Phone: \_\_\_\_\_

Reason for Moving: \_\_\_\_\_

Previous Address: \_\_\_\_\_ Residency From: \_\_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ To: \_\_\_\_\\_\_\_\\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ Length of Tenancy: \_\_\_\_\_

Previous Landlord/Address: \_\_\_\_\_ Previous Landlord Phone: \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider and employer.

Reason for Moving: \_\_\_\_\_

**Co-Applicant Debt & Credit Information**

*✓ here if your debt & credit information is the same as the primary applicant's and do not complete this section.*

Please provide all information on your current debt history as requested below, complete and accurate information is required. Include auto loans, equipment and furniture loans, credit cards, revolving accounts (i.e. department store accounts), student loans, personal loans and any other debts that you and/or any member of your household owe.

Credit Source/ Company's Name	Address of Credit Source	Account Number	Current Balance	Minimum Monthly Payment	Current on Payments Yes or No

**Co-Applicant Applicant Current Bank Information**

*✓ here if your debt & credit information is the same as the primary applicant's and do not complete this section.*

Type	Account Number	Bank Name	Interest Rate %	Balance
Checking				
Checking				
Savings Account				
Certificate				
Other				

**Co-Applicant Current Investments**

*✓ here if your current investment information is the same as the primary applicant's and do not complete this section.*

Savings Bond:  Yes  No  
 No. \_\_\_\_\_ Maturity Date \_\_\_\_\_ Cash Value \$ \_\_\_\_\_

Life Insurance:  Yes  No  
 Name: \_\_\_\_\_ Policy No. \_\_\_\_\_ Cash Value \$ \_\_\_\_\_

Bonds or Stocks:  Yes  No  
 If yes, note Current Value \$ \_\_\_\_\_

Real Property:  Yes  No  
 If yes, Type: \_\_\_\_\_ Appraised Market Value \$ \_\_\_\_\_  
 Location: \_\_\_\_\_

Have you sold/dispensed of any property/assets in the last 2 years?  Yes  No  
 If property/asset sold, list type of property/asset: \_\_\_\_\_  
 Date property/asset sold: \_\_\_\_\_ Amount received from asset \$ \_\_\_\_\_

List other assets not listed above (excluding household goods): \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider and employer.

**Co-Applicant Income From Assets, Employment and Other Sources**

List all income sources including, but not limited to income from sale of property, interest on assets, dividends, and annuities, full or part-time employment, pension, SS, SSI, welfare agencies, food stamps, disability, armed forces reserves, unemployment, alimony, child care, child support, student grants, regular contributions from people not residing with you. Please show sources of income for at least the last 12 months.

Source of Income	Address of Income Source	Begin Date	End Date	Length	Annual <u>Gross</u> Income



## SOLICITUD DE ARRENDAMIENTO

Nombre de los departamentos _____ Tipo de Unidad Solicitada: _____ Habitaciones <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/>	<i>Exclusivo de Oficina</i>
Todos los espacios en blanco deben ser rellenos para que esta solicitud se considere completa y procesada para su elegibilidad. Escriba N/A si la información solicitada no es aplicable. Si necesita espacio adicional, por favor, adjunte una hoja separada (s). Devuelva esta solicitud a la dirección del complejo de apartamentos que desea residir.	Fecha _____ Hora _____ AM / PM

### Información del Solicitante Principal

Nombre Legal Completo	Número Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Licencia de Manejo
Solicitante Principal			
Co-Solicitante:			
Co-Solicitante o Miembro del Hogar:			
Co-Solicitante o Miembro del Hogar:			
Miembro del Hogar:			
Miembro del Hogar:			

1. Ha usted vivido en RD, HUD u otro proyecto de hogar federal?  Si  No  
 Si es Afirmativo, dónde? \_\_\_\_\_ Fecha de Salida: \_\_\_\_\_
2. Ha sido desalojado de una vivienda privada, vivienda pública o cualquier otro programa federal?  Si  No  
 Si es Afirmativo, dónde, cuándo y por qué? \_\_\_\_\_
3. Algún miembro del hogar será beneficiado por una silla de ruedas u otra unidad para discapacitados?  Si  No  
 En caso afirmativo, usted solicita estas características para su vivienda?  Si  No
4. Tiene mascotas o animales de servicio?  Si  No  
 En caso Afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_
5. Usted o algún miembro del hogar es usuario/distribuidor de sustancias ilegales o controladas?  Si  No
6. Usted o algún miembro ha sido convicto por el uso de sustancias ilegales o controladas?  Si  No
7. Usted o algún miembro del hogar ha sido convicto por fabricación o distribución de sustancias controladas?  Si  No
8. Si las preguntas 5, 6 o 7 fueron SI, la persona ha logrado exitosamente un programa de recuperación de abuso de sustancias o esta en alguno de estos programas?  Si  No  
 N/A
9. Usted o alguno de los miembros ha sido convicto por algún delito menor o mayor?  Si  No
10. Usted o algún miembro del hogar tiene historia de violencia de cualquier tipo?  Si  No
11. Es cual quiera de los solicitantes Estudiantes de Tiempo Completo o Parcial?  Si  No  
 En caso \_\_\_\_\_
12. **TENGO PREFERENCIA:** He sido reubicado por acción del gobierno o desastre presidencial declarado  Si  No  
 (Se le pedirán documentos que validen esta preferencia al momento de su solicitud)

### Información de Domicilio Actual/Previo del Solicitante Principal

Teléfono del Solicitante: (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ Teléfono del Arrendador: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Duración de la Renta: \_\_\_\_\_

Dirección Actual del Arrendador: \_\_\_\_\_

Renta Mensual: \$ \_\_\_\_\_ Razón de cambio de domicilio?: \_\_\_\_\_

Dirección Previa: \_\_\_\_\_ Domicilio de: \_\_\\_\_\\_\_ a: \_\_\\_\_\\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Duración de la Renta: \_\_\_\_\_

Dirección Anterior del Arrendador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Arrendador Anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón de Cambio?: \_\_\_\_\_

Dirección Previa: \_\_\_\_\_ Domicilio de: \_\_\\_\_\\_\_ a: \_\_\\_\_\\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Duración de la Renta: \_\_\_\_\_

Dirección Anterior del Arrendador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Arrendador Anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón de Cambio?: \_\_\_\_\_

### Información Bancaria Actual del Solicitante Principal

Tipo	Número de Cuenta	Nombre del Banco	Interés %	Balance
Cuenta de Cheques				
Cuenta de Cheques				
Cuenta de Ahorros				
Certificados				
Otros				

### Inversiones Actuales del Solicitante Principal

Bonos de Ahorro:  Si  No  
 Número \_\_\_\_\_ Fecha de Madurez \_\_\_\_\_ Valor en Efectivo \$ \_\_\_\_\_

Seguro de Vida:  Si  No  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Póliza. \_\_\_\_\_ Valor en Efectivo \$ \_\_\_\_\_

Acciones o Bonos:  Si  No  
 Si es Afirmativo, Valor en el Mercado \$ \_\_\_\_\_

Propiedades:  Si  No  
 Si es Afirmativo, Tipo: \_\_\_\_\_ Valor de Mercado \$ \_\_\_\_\_  
 Ubicación: \_\_\_\_\_

Ha vendido cualquier propiedad en los últimos 2 años?  Si  No  
 En caso Afirmativo, enliste el tipo de propiedad y su valor: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Venta: \_\_\_\_\_ Cantidad recibida por la propiedad \$ \_\_\_\_\_

Enliste otros bienes no enlistados arriba (Excluyendo los bienes del hogar):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Ingresos del Solicitante Principal, Empleo y otras Fuentes de Ingreso

Lista de todas las fuentes de ingresos, incluyendo pero no limitado a los ingresos de la venta de propiedades, el interés de los activos, dividendos y rentas vitalicias, empleo de completo o parcial, pensión, SS, SSI, agencias de bienestar social, cupones de alimentos, de discapacidad, fuerzas armadas de reserva, desempleo, pensión alimenticia, cuidado de niños, manutención de hijos, becas, contribuciones regulares de personas que no residen con usted. Anote las fuentes de ingresos de al menos los últimos 12 meses del solicitante principal.

Fuente de Ingreso	Dirección de Fuente de Ingreso	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Duración	Ingreso Anual

### Deducciones

1. Otro que el Solicitante o Co-Solicitante, es estudiante de tiempo completo y de 18 años de edad o mayor? (Estudiantes deberán de ser de "Tiempo Completo" definido por la escuela-colegio)  Si  No
2. Usted solicito ajuste de Ingresos debido a pagos de Cuidado de Infantes que le permite a usted o algún miembro de su hogar al trabajo? (Nota: Sólo los importes no reembolsables para el cuidado infantil de los menores de 13 años de edad, podrá deducirse y sólo se permite cuando la asistencia es necesaria para permitir que un miembro del hogar para seguir su educación o tengan un empleo remunerado).  Si  No

En caso Afirmativo, Gastos Anuales esperados: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Cuidados, Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

3. Usted al alguien de la casa solicito ajuste de ingresos por discapacidad?  Si  No

(Nota: Esta deducción será permitida solo si el Solicitante o Co-Solicitante es **discapacitado** o mayor de **62 años de edad**. *NO INCLUYA GASTOS CUBIERTOS POR MEDICARE O SEGURO.*)

En caso afirmativo, llene lo siguiente (incluya páginas adicionales en la solicitud si es necesario):

Gastos Anticipado para prescripciones y otras no-prescripciones  
Prescritas por su Médico para los siguientes 12 meses

<u>Nombre de la Farmacia</u>	<u>Dirección</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Gastos anticipados hospitalarios, médicos, dentales,  
ópticos y Pagos de Seguro Medico para los siguientes 12 meses

<u>Nombre/ # Póliza</u>	<u>Dirección</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Gastos Hospitalarios, Médicos, Dentales u Ópticos

<u>Proveedor</u>	<u>Dirección</u>	<u>Cantidad</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**Personales del Solicitante Principal**

**Referencias Personales – Personas sin Vínculos Familiares que No Vivan con usted y que le conozcan mas de 1 año**

Nombre	Dirección	Código de Área/Teléfono

**Vehículos**

Año	Fabricante y Modelo	Número de Placa	Estado que el Vehículo esta Registrado

**Deudas del Solicitante Principal e Información de Crédito**

Proporcionar toda la información sobre su historial actual de deuda/crédito por debajo de lo solicitado, información completa y precisa es necesaria. Incluya préstamos para automóviles, equipos y mobiliario de préstamo, tarjetas de crédito, cuentas de crédito revolvete (como tiendas departamentales), prestamos estudiantiles, prestamos personales y cualquier otra deuda que usted tenga.

Fuente de Crédito/ Nombre de la Compañía	Dirección de Fuente de Ingreso	Número de Cuenta	Balance Actual	Pago mínimo mensual	Corriente en pagos Si o No

Solicitante y/o Co-Solicitante certifica que este departamento será su residencia permanente y que no mantendrá un servicio específico de alquiler subvencionadas en un lugar diferente.

Solicitante (s) autoriza al propietario o representante del propietario para investigar y obtener una calificación de crédito, registros de alquiler actual y anterior, antecedentes penales, historial de empleo, fuentes de ingresos en mi casa, los registros de servicios públicos actuales y pasados, y toda la información necesaria para determinar la elegibilidad. La información obtenida se utilizará sólo para fines de gestión y se mantendrá para uso privado y secreto. Una condena o condenas por cualquier delito grave o cualquier delito menor que consiste en el robo, la deshonestidad, el asalto, la intimidación, relacionados con las drogas o las armas cargos será motivo para la negación de la solicitud de alquiler.

Su firma abajo certifica que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas, y presta su consentimiento de gestión para verificar la información contenida en esta aplicación. Usted reconoce también que, debido a cambios en las circunstancias de información adicional puede ser solicitada en una fecha posterior para finalizar la tramitación de esta solicitud.

**PROVEER INFORMACION FALSA EN ESTA SOLICITUD PUEDE RESULTAR EN EVICCION DESPUES DE OCUPAR EL LUGAR**

**ADVERTENCIA:** Sección 1001 del Título 18, Código de Estados Unidos establece que "El que en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos a sabiendas e intencionalmente falsifica, oculta o encubre por cualquier truco, un esquema, o un dispositivo de un hecho material, o hace cualquier declaración falsa, ficticia o fraudulenta o representaciones, o fabrique o utilice cualquier documento falso escrito a sabiendas que contiene información falsa, ficticia o fraudulenta o declaración de entrada será multado bajo este título por no más de cinco años, o ambos."

_____	_____	_____	_____
Solicitante Principal	Fecha	Co-Solicitante	Fecha
_____	_____	_____	_____
Co-Solicitante	Fecha	Co-Solicitante	Fecha

Cuota Requerida del Solicitante: \$ \_\_\_\_\_  
*Opcional:*

Códigos de Raza:	
1	American Indian or Alaskan Native
2	Asiatico
3	Black or African American
4	Native Hawaiian or Other Pacific Islander
5	Blanco

Miembro del Hogar	Sexo	Etnicidad	Código de Raza (Ver Tabla)
Solicitante	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	(a) <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino (b) <input type="checkbox"/> NO Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Co-Solicitante	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	(a) <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino (b) <input type="checkbox"/> NO Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Miembro del Hogar	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	(a) <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino (b) <input type="checkbox"/> NO Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Miembro del Hogar	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	(a) <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino (b) <input type="checkbox"/> NO Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Miembro del Hogar	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	(a) <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino (b) <input type="checkbox"/> NO Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Miembro del Hogar	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	(a) <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino (b) <input type="checkbox"/> NO Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

"La información sobre raza, origen nacional y la designación de sexo solicitado es con finalidad de asegurar al gobierno federal, a través de Servicio y Vivienda Rural, que las leyes federales que prohíben la discriminación contra solicitantes en base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, situación familiar, edad y discapacidad se hayan cumplido. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se le recomienda hacerlo. Esta información no será utilizada en la evaluación de su solicitud o para cualquier discriminación contra usted de ninguna manera. Sin embargo, si usted elige no suministrarla, el propietario está obligado a tomar nota de la raza o el origen nacional y sexo de los solicitantes individuales basado en observación visual o el apellido."

_____	_____	<i>Exclusivo de Oficina</i> Elegible de Habitaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Agente de la Gerencia	Fecha	

## Co-Solicitante

### Información del Co-Solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Manejo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Ha usted vivido en RD, HUD u otro proyecto de hogar federal?  Si  No  
Si es Afirmativo, dónde? \_\_\_\_\_ Fecha de Salida: \_\_\_\_\_
2. Ha sido desalojado de una vivienda privada, vivienda pública o cualquier otro programa federal?  Si  No  
Si es Afirmativo, dónde, cuándo y por qué? \_\_\_\_\_
3. Algún miembro del hogar será beneficiado por una silla de ruedas u otra unidad para discapacitados?  Si  No  
En caso afirmativo, usted solicita estas características para su vivienda?  Si  No
4. Tiene mascotas o animales de servicio?  Si  No  
En caso Afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_
5. Usted o algún miembro del hogar es usuario/distribuidor de sustancias ilegales o controladas?  Si  No
6. Usted o algún miembro ha sido convicto por el uso de sustancias ilegales o controladas?  Si  No
7. Usted o algún miembro del hogar ha sido convicto por fabricación o distribución de sustancias controladas?  Si  No
8. Si las preguntas 5, 6 o 7 fueron SI, la persona ha logrado exitosamente un programa de recuperación de abuso de sustancias o esta en alguno de estos programas?  Si  No
9. Usted o alguno de los miembros ha sido convicto por algún delito menor o mayor?  Si  No
10. Usted o algún miembro del hogar tiene historia de violencia de cualquier tipo?  Si  No

### Información de Domicilio Actual/Previo del Co-Solicitante

**Marque aquí si la información del Co-Solicitante es la misma del Solicitante Principal y no complete esta sección**

Teléfono del Solicitante: (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ Teléfono del Arrendador: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Duración de la Renta: \_\_\_\_\_

Dirección Actual del Arrendador: \_\_\_\_\_

Renta Mensual: \$ \_\_\_\_\_ Razón de cambio de domicilio?: \_\_\_\_\_

Dirección Previa: \_\_\_\_\_ Domicilio de: \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ a: \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Duración de la Renta: \_\_\_\_\_

Dirección Anterior del Arrendador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Arrendador Anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón de Cambio?: \_\_\_\_\_

Dirección Previa: \_\_\_\_\_ Domicilio de: \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ a: \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Duración de la Renta: \_\_\_\_\_

Dirección Anterior del Arrendador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Arrendador Anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón de Cambio?: \_\_\_\_\_

**Deudas del Co-Solicitante e Información de Crédito**

*Marque aquí si la información del Co-Solicitante es la misma del Solicitante Principal y no complete esta sección*

Proporcionar toda la información sobre su historial actual de deuda/crédito por debajo de lo solicitado, información completa y precisa es necesaria. Incluya préstamos para automóviles, equipos y mobiliario de préstamo, tarjetas de crédito, cuentas de crédito revolving (como tiendas departamentales), préstamos estudiantiles, préstamos personales y cualquier otra deuda que usted tenga

Fuente de Crédito/ Nombre de la Compañía	Dirección de Fuente de Ingreso	Número de Cuenta	Balance Actual	Pago mínimo mensual	Corriente en pagos Si o No

**Información Bancaria Actual del Co-Solicitante**

*Marque aquí si la información del Co-Solicitante es la misma del Solicitante Principal y no complete esta sección.*

Tipo	Número de Cuenta	Nombre del Banco	Interés %	Balance
Cuenta de Cheques				
Cuenta de Cheques				
Cuenta de Ahorros				
Certificados				
Otros				

**Inversiones Actuales del Co-Solicitante**

*Marque aquí si la información del Co-Solicitante es la misma del Solicitante Principal y no complete esta sección*

Bonos de Ahorro:  Si  No  
 Número \_\_\_\_\_ Fecha de Madurez \_\_\_\_\_ Valor en Efectivo \$ \_\_\_\_\_

Seguro de Vida:  Si  No  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Póliza. \_\_\_\_\_ Valor en Efectivo \$ \_\_\_\_\_

Acciones o Bonos:  Si  No  
 Si es Afirmativo, Valor en el Mercado \$ \_\_\_\_\_

Propiedades:  Si  No  
 Si es Afirmativo, Tipo: \_\_\_\_\_ Valor de Mercado \$ \_\_\_\_\_  
 Ubicación: \_\_\_\_\_

Ha vendido cualquier propiedad en los últimos 2 años?  Si  No  
 En caso Afirmativo, enliste el tipo de propiedad y su valor: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Venta: \_\_\_\_\_ Cantidad recibida por la propiedad \$ \_\_\_\_\_

Enliste otros bienes no enlistados arriba (Excluyendo los bienes del hogar):  
 \_\_\_\_\_

## Ingresos del Co-Solicitante, Empleo y otras Fuentes de Ingreso

Lista de todas las fuentes de ingresos, incluyendo pero no limitado a los ingresos de la venta de propiedades, el interés de los activos, dividendos y rentas vitalicias, empleo de completo o parcial, pensión, SS, SSI, agencias de bienestar social, cupones de alimentos, de discapacidad, fuerzas armadas de reserva, desempleo, pensión alimenticia, cuidado de niños, manutención de hijos, becas, contribuciones regulares de personas que no residen con usted. Anote las fuentes de ingresos de al menos los últimos 12 meses del co-solicitante.

Fuente de Ingreso	Dirección de Fuente de Ingreso	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Duración	Ingreso Anual