



ALBORS MANAGEMENT CORPORATION

P.O. Box 363041
SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-3041



SOLICITUD DE VIVIENDA CON RENTA SUBSIDIADA

PROYECTO: _____ NO. DE HABITACIONES: _____ SOLIC. No. _____

SOLICITANTE: NOMBRE, INICIAL Y DOS APELLIDOS: _____

TELEFONO: _____ EMAIL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

DIRECCIÓN ANTERIOR: _____

PATRONO: _____ DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____ TIEMPO EN EL EMPLEO: _____

SALARIO: \$ _____ () MENSUAL () SEMANAL () BI-SEMANAL () QUINCENAL

COMISIONES: \$ _____ BONO: \$ _____ PROPINAS: \$ _____ DIETAS: \$ _____

HORAS EXTRAS: \$ _____ ¿CUÁNTAS HORAS? _____ MILLAJE: \$ _____

CO-SOLICITANTE (PAREJA)(OTRO): NOMBRE, INICIAL Y DOS APELLIDOS: _____

PATRONO: _____ DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____ TIEMPO EN EL EMPLEO: _____

SALARIO: \$ _____ () MENSUAL () SEMANAL () BI-SEMANAL () QUINCENAL

COMISIONES: \$ _____ BONO: \$ _____ PROPINAS: \$ _____ DIETAS: \$ _____

HORAS EXTRAS: \$ _____ ¿CUÁNTAS HORAS? _____ MILLAJE: \$ _____

OTROS INGRESOS Y ACTIVOS DE LA FAMILIA:

SEGURO SOCIAL	\$ _____	GUARDIA NACIONAL	\$ _____
RETIROS DE GOBIERNO U OTRA AGENCIA	\$ _____	RESERVA	\$ _____
PENSIÓN VETERANO (SERVICE No. _____)	\$ _____	SEGURO POR DESEMPLEO	\$ _____
SERVICIOS SOCIALES O (WELFARE)	\$ _____	TRABAJOS CUENTA PROPIA	\$ _____
SUSTENTOS MENORES	\$ _____	AYUDA FAMILIAR	\$ _____
ASISTENCIA DEL EX – ESPOSO (ALIMONY)	\$ _____	DIETAS F.S.E. O S.I.N.O.T.	\$ _____
BENEFICIOS A.C.C.A.	\$ _____	OTROS	\$ _____

CUENTA AHORRO \$ _____ % INTERÉS _____ BANCO _____

CUENTA DE CHEQUES: # CUENTA _____ BANCO _____
SUCURSAL _____

BONOS O ACCIONES \$ _____

DIVIDENDOS \$ _____

PROPIEDADES () Sí () No DIRECCIÓN _____

¿RECIBE BENEFICIOS DEL P.A.N.? () Sí () No CANTIDAD: \$ _____

¿ESTÁ GESTIONANDO ALGUNO DE ESTOS U OTROS BENEFICIOS? () Sí () No

EXPLIQUE: _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR

NOMBRE	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO			SEGURO SOCIAL Y/O TARJETA DE RESIDENTE	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO
		MES	DÍA	AÑO			

ESCOLARIDAD

NOMBRE	ESTUDIANTES		ESCUELA O COLEGIO	UNIVERSIDAD O PREPARACIÓN ACADÉMICA	QUÉ BECA RECIBE
	SÍ ()	NO ()			
	()	()			
	()	()			
	()	()			
	()	()			
	()	()			
	()	()			
	()	()			
	()	()			
	()	()			
	()	()			

SOLICITUD DE VIVIENDA CON RENTA SUBSIDIADA

RESIDE EN: () ALQUILADO () CON FAMILIARES () CASA PROPIA () RENTA O HIPOTECA
() CON AMIGOS () DEAMBULANTE \$ _____

¿ESTÁ SIENDO DESAHUCIADO? () Sí () No EXPLIQUE _____

¿TIENE ALGÚN TIPO DE SUBSIDIO FEDERAL PARA VIVIENDA? () Sí () No ¿DÓNDE? _____

¿POR QUÉ DESEA MUDARSE? _____

NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL ARRENDADOR ACTUAL: _____

FAMILIAR MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED – NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____ DIRECCIÓN: _____

DOS REFERENCIAS PERSONALES – NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

¿TIENE USTED ALGUNA CONDICIÓN DE INCAPACIDAD COMO SE DEFINE EN EL ANEJO?

() Sí () No

¿NECESITA USTED ALGÚN TIPO DE ACOMODO RAZONABLE POR ALGUNA CONDICIÓN? () Sí () No

¿PAGA POR CUIDADO DE NIÑO O DE INCAPACITADO? () Sí () No

PLAN MÉDICO: _____ COSTO MENSUAL: \$ _____

¿TIENE GASTOS MÉDICOS RECURRENTE? () Sí () No EXPLIQUE: _____

¿TIENE AUTOMÓVIL? () Sí () No LICENCIA DE CONDUCIR: _____ TABLILLA: _____

MARCA: _____ MODELO: _____ AÑO: _____

FINANCIADO POR: _____ PAGO MENSUAL: \$ _____

DOS REFERENCIAS DE CRÉDITO:

1. _____ CUENTA NÚM. _____

2. _____ CUENTA NÚM. _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRO PROYECTO? RESIDENTE () PERIÓDICO () OTRO () _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA SUMINISTRADA ES CORRECTA. ESTOY ENTERADO DE QUE ESTA INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA PARA PROCESAR UNA SOLICITUD DE SUBSIDIO EN LA RENTA BAJO UN PROGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE VIVIENDA FEDERAL. ES DE MI CONOCIMIENTO QUE EL TÍTULO 15 U.S.C. 1001 ESTABLECE EN PARTE DE CUALQUIER PERSONA CON CONOCIMIENTO Y QUE VOLUNTARIAMENTE UTILICE DOCUMENTOS CONTENIENDO INFORMACIÓN FALSA, FRAUDULENTO O FICTICIA EN CUALQUIER FORMA, SERÁ MULTADO CON UNA CANTIDAD NO MAYOR DE \$ 10,000 O CÁRCEL POR UN TÉRMINO NO MAYOR DE CINCO AÑOS O AMBOS Y SERÁ DESCALIFICADO.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL CO-SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL ENTREVISTADOR: _____ FECHA: _____

HORA DE ENTREGA DE SOLICITUD: _____ FECHA: _____

ANEJO A SOLICITUD DE VIVIENDA

El dueño de _____ ofrece unidades accesibles a personas que las necesiten según las prioridades establecidas. El administrador o representante de la propiedad pueden preguntar al solicitante que pida algún tipo de acomodo razonable que le provea evidencia de la condición que reclama para poder beneficiarse de una adaptación adecuada de la unidad.

Para que una familia cualifique como incapacitada para propósitos del programa de Sección 8 Nueva Construcción mediante el cual recibe el subsidio _____ se define como:

- ♦ Una familia, cuyo jefe de familia, cónyuge u otro miembro de la composición familiar sea una persona discapacitada. Puede incluir dos o más miembros de la familia que tengan algún tipo de incapacidad y que vivan juntos, o una o más personas incapacitadas que vivan juntas con uno o más “live-in aide”.

Una persona que tiene una incapacidad para propósitos de elegibilidad del Programa:

1. Significa que:

I. Tiene una incapacidad como se define en 42USC423:

- a) Que tenga una limitación física o mental que le impide involucrarse en alguna actividad lucrativa; por razón de la limitación se espera que resulte en el deceso de la persona, que haya durado o se espera que dure por un periodo continuo de al menos 12 meses;
- b) En el caso de una persona que haya alcanzado la edad de 55 años y sea ciega, incapacitada por alguna razón que tenga que ver con ceguera y que ésta le impida involucrarse en alguna actividad lucrativa porque se le requieren destrezas o habilidades para ese tipo de actividad lucrativa en la cual el/ella se había desenvuelto con regularidad y durante algún periodo de tiempo. Para propósitos de esta definición, el término ceguera, según lo define la sección 416 (I)(1) de este título, significa una visión central de 20/200 o menos en el ojo por el cual mejor ve con el uso de lentes correctivos. Un ojo que esté limitado en visión de tal manera que el diámetro ancho del campo visual perciba un ángulo no mayor de 20 grados debe ser considerado para propósito de este párrafo como persona que tiene visión central con una agudeza de 20/200 o menos.

II. Es determinada de acuerdo a las regulaciones de HUD, como que;

- a) Tiene limitación física, mental o emocional que se espera que sea de larga duración, continuada o indefinida;
- b) sustancialmente impida la habilidad de esta persona para vivir independiente;
- c) por su naturaleza unas mejores condiciones de vivienda puedan mejorar su habilidad para vivir independiente

- III. Que sea una persona con una limitación física en desarrollo como está definida en la Sección de 102 (7) de "Development Disabilities Assistance and Hill of Rights Act (42 U.S.C. 6001 (8), una persona con una limitación severa crónica que:
- a) Es atribuible a un deterioro mental o físico o una combinación de mental y físico;
 - b) ha sido manifestado antes de la persona cumplir la edad de los 22;
 - c) probablemente continúe indefinidamente;
 - d) resulte en una limitación funcional que incluya tres (3) o más de las siguientes áreas de mayor actividad en la vida de la persona con limitaciones
 - 1) cuidarse a sí mismo
 - 2) lenguaje receptivo y expresivo
 - 3) aprendizaje
 - 4) movilidad
 - 5) sentido propio de dirección
 - 6) capacidad para vivir independiente
 - 7) auto suficiencia económica
 - e) refleja que la persona con limitaciones necesita una combinación y secuencia de especial tratamiento interdisciplinario o cuidado genérico o algún servicio que sea de por vida o de duración extendida y son individualmente planificadas y coordinadas.
- 2) No excluye personas que tienen el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (AIDS) ni alguna otra condición que provenga de un agente etiológico adquirido de dicho síndrome;
- 3) Para propósito de cualificar para vivienda de interés social no se incluye a personas cuya incapacidad provenga únicamente por dependencia de alcohol o drogas; y
- 4) Significa que personas con discapacidades (personas incapacitadas) como se define en 24CFR 8.3 para propósitos de acomodo razonable y programa de accesibilidad para personas con discapacidad.