

APPLICATION INSTRUCTION SHEET INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA APLICACIÓN

**READ THESE INSTRUCTIONS CAREFULLY.
LEA CUIDADOSAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES.**

Villa Caridad will open waiting list for applications on July 22, 2019 at 8:00 a.m. No applications will be accepted prior to that date. If application is received prior to July 22, 2019 will not be considered and will be returned by mail. Applications are available at property or online at: <https://www.stvincents-sb.org/> Villa Caridad abrira la lista de espera para aplicaciones efectivo Julio 22, 2019 a las 8:00 a.m. Ninguna aplicacion se aceptara antes del 22, de Julio. Si se recibe alguna aplicacion antes de esa fecha no serán consideradas y se regresaran por correo. Aplicaciones son disponible en la propiedad o por correo electronico en: <https://www.stvincents-sb.org/>

1. Your application must be returned by mail, email, fax or directly to the property.
Su aplicación debe devolverse directamente por coreo, email, fax o a la propiedad.

Address/domicilio: 4202 Calle Real, Santa Barbara, CA 93110

Email: villacaridad@sv-sb.org

Fax: 1-805-683-4725

2. Your application must be complete and accurate to be considered for processing. Do not use white out.
Su aplicación debe estar completamenta y con exactitud para ser considerada y procesada.

3. Applications that are not filled out completely will not be considered.
Las aplicaciones que no estén completamente llenas no serán consideradas.

Please be aware that the following items do not need to be provided now, but will need to be provided once your application has been selected for processing.

Tenga en cuenta que los siguientes artículos no tienen que ser proveídos ahora, pero tendrá que proveerlos una vez que su solicitud haya sido seleccionada para ser procesada.

- Paycheck stubs from all sources of income for the last three (3) months, for all adults (18 years of age and older) in the household. *Talones de cheques de todas las fuentes de ingresos de los últimos tres (3) meses para todos los adultos (18 años de edad y mayores) en el hogar.*
- SS or SSI benefit letters from the State of CA and the Federal Government. *Sus cartas del Seguro Social, cartas del estado de California y del Gobierno Federal.*
- Clear, readable photocopies of your two (2) most recent years Federal Income Tax Returns and all W-2s or 1099s. *Fotocopias claras y legibles de los 2 años más recientes de las declaraciones de Impuestos Federales y todos los copias del W-2 del empleador o las formas 1099*
- Copies of bank statements for the last six (3) months for all bank accounts. *Copias de los estados de cuenta bancarios de los últimos seis (3) meses de cada cuenta bancaria*
- Copies of photo Identification cards for all adults 18 and over. Birth Certificates for all household members, Social Security Cards, driver's license, alien registration card. *Copias de tarjetas de identificación con foto de cada persona de 18 años o mayor. Actas de Nacimiento de todos los miembros del hogar, tarjeta de Seguro Social, tarjeta de residencia de Los Estados Unidos, licencia de manejar.*
- Name and address of present and previous landlords for the last 5 years. *Nombre y domicilio de su propietario de los ultimos 5 años.*



Nombre del solicitante: _____



PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Date Rec'd: _____

Time Rec'd: _____

Rec'd by: _____

VILLA CARIDAD SOLICITUD DE VIVIENDA - SENIOR

Cualquier persona que desee ser admitido en una propiedad con asistencia o colocado en la lista de espera de una propiedad debe completar una solicitud. Además de proporcionar a los solicitantes la oportunidad de completar solicitudes en el sitio del proyecto, los propietarios también pueden enviar y recibir solicitudes por correo. Los propietarios deben acomodar a las personas con discapacidades que, como resultado de sus discapacidades, no pueden utilizar el proceso de solicitud preferido del propietario al proporcionar métodos alternativos para recibir solicitudes.

La información que proporcione en esta solicitud se tratará como confidencial. Esta aplicación no otorga derechos de arrendamiento o alquiler. Incluye tanto la información necesaria para determinar su elegibilidad para vivienda como la información requerida para fines estadísticos. Si usted y su familia parecen ser elegibles, deberá enviar información adicional para completar el procesamiento de esta solicitud.

La política de Villa Caridad es tomar las medidas razonables para proporcionar acceso significativo a personas con dominio limitado del inglés (LEP) que soliciten o residan en nuestras comunidades de apartamentos, o que de otra manera se encuentren con las instalaciones, los programas y las actividades de nuestra propiedad. La política es garantizar que el lenguaje no impida que el personal se comuniquen de manera efectiva con los residentes, solicitantes y otros de LEP para garantizar operaciones seguras y ordenadas, y que el dominio limitado del inglés no impida que los solicitantes participen en el proceso de solicitud, o que los residentes accedan a importantes programas e información, entendiendo las reglas y regulaciones, y participando en reuniones, eventos o actividades.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

DIRECCION ACTUAL: _____ APT. #: _____

CIUDAD, ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA #: _____ TRABAJO#: _____ OTRO#: _____

COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

ANOTE EL JEFE DEL HOGAR Y TODOS LOS OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVIRÁN EN EL APARTAMENTO. DE LA RELACIÓN DE CADA MIEMBRO DE FAMILIA AL JEFE DEL HOGAR.

APELLIDO SOC.	NOMBRE DE PILA	RELACIÓN	FECHA DE NACIMINETO	GÉNERO	Nº DE SE.
------------------	----------------	----------	---------------------	--------	-----------

1. _____

2. _____

3. _____

(OPCIONAL)

RAZA / ETNICIDAD DEL JEFE DE HOGAR (MIEMBRO 1): _____

RAZA/ETNICIDAD DEL MIEMBRO 2. _____ MIEMBRO 3. _____

*RAZA: Indio Americano / Nativo de Alaska, Asiático, Afroamericano/Negro, Nativo de Hawai / Otras islas del Pacífico Blanco Otro

*Etnicidad: Hispano / Latino O No Hispano / Latino

TENGA EN CUENTA: Esta información es solicitada por el propietario del apartamento para garantizar al gobierno federal, actuando a través de agencias federales, estatales y locales, que se cumplan las leyes federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes residentes por motivos de raza, origen nacional y sexo. No está obligado a proporcionar esta información, pero se le recomienda que lo haga. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminarlo de ninguna manera. Sin embargo, si elige no suministrarlo, el propietario debe tener en cuenta la raza / origen nacional y el género de los solicitantes individuales.

Nombre del solicitante: _____

Para fines de comercialización, por favor, háganos saber cómo supo de nosotros: Anuncio en el periódico Pasó por sitio

Referencias de un residente Sitio Web Otro: _____

Por favor conteste cada pregunta llenando los espacios en blanco provistos. Responde cada pregunta lo más completamente posible. **Toda la información que usted proporcione será verificada por Villa Caridad.** La información incompleta y / o falsificada causará que la solicitud sea denegada y no procesada.

POR FAVOR, INDICAR ESTADO AL MOMENTO DE LA APLICACIÓN

- A. SOLICITANTE USA SILLA DE RUEDAS: _____
B. SOLICITANTE CON UNA DISCAPACIDAD GRAVE DE MOVIMIENTO Y UTILIZANDO UN CAMINANTE O BASTÓN: _____
C. SOLICITANTE CON DISCAPACIDAD DE MOVIMIENTO, PERO NO EN CATEGORÍA (A) O (B); _____

NOMBRE(S) Y CUALQUIER NECESIDADES ESPECIALES POR DISCAPACIDAD / DESABILIDAD DE LOS MIEMBROS CON MOVILIDAD, VISIÓN O IMPEDICIÓN DE LA AUDIENCIA O DISCAPACIDAD PERMANENTE/DESABILIDAD: _____

¿TIENE COCHE? _____ ¿NECESITARÍA UN LUGAR PARA ESTACIONAR EL COCHE? _____

Solicitante

Co- Solicitante

Sí No

Sí No

¿Es un estudiante matriculado en un instituto de educación superior?

Sí No

Sí No

¿Anticipa un cambio en la composición del hogar (es decir, un miembro adulto del hogar que se muda o, custodia o adopción de un menor, etc.) en los próximos doce meses?

Sí No

Sí No

¿Todos los miembros de la familia son ciudadanos de los Estados Unidos? (No aplicable para programas PRAC)

Sí No

Sí No

¿Usted o un miembro de la familia requieren un alojamiento especial en su unidad o necesitan características especiales accesibles o características de una unidad accesible?

Sí No

Sí No

¿Usted o algún miembro de su hogar ha desechado, vendido, o donado algún bien (incluyendo dinero en efectivo) por un valor de mercado inferior al valor justo durante los últimos dos (2) años?

Sí No

Sí No

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave o tiene antecedentes penales?
En caso afirmativo, ¿Cuándo y cuáles fueron las circunstancias? _____

Sí No

Sí No

¿Usted o algún miembro de la familia actualmente participa en el uso ilegal de drogas o su comportamiento debido a este uso ilegal interfiere con la salud, la seguridad y el derecho al disfrute pacífico de la propiedad por parte de otros residentes?

Sí No

Sí No

¿Ha sido desalojado en los últimos tres años de vivienda con asistencia federal por actividades delictivas relacionadas con las drogas?

Sí No

Sí No

¿Usted o alguien en su hogar ha tenido un mal comportamiento, por abuso o patrón de abuso de alcohol, que a interferido con la salud, la seguridad y el derecho al disfrute pacífico de otros residentes?

Sí No

Sí No

¿Está usted o alguien en su hogar sujeto a un Registro de Delincuentes Sexuales a nivel nacional?

Nombre del solicitante: _____

Sí No

Sí No

¿Será este apartamento su único lugar de residencia?

Sí No

Sí No

¿Ha sido desplazado por una acción gubernamental o por un desastre declarado por el Presidente?

Sí No

Sí No

¿Es usted un veterano de EE. UU. y/o está en servicio activo? (Respuesta es opcional)

INFORMACION GENERAL

Numero de Recamara: _____ 1 Recamara

¿ Necesita su hogar una unidad accesible para incapacitados? _____ Sí, _____ No

¿ Planea en traer una mascota? _____ Sí, _____ No

¿Tiene cama de agua? _____ S, _____ No

¿Como se entero de esta vivienda? _____

Describe brevemente las razones por su aplicacion: _____

Esta propiedad tiene una preferencia por los residents locales que actual mente viven, trabajan o que tienen una oferta de Buena fe para trabajar en el Condado de Santa Barbara en el momento en que se presenta la solicitud. ¿Quiere ser considerado para esta preferencia? _____ Sí, _____ No. En caso afirmativo, se requerira una prueba en el momento en que se presente la solicitud.

ESTADO DE LA VIVIENDA ACTUAL

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA AHORA? _____ ¿CUÁNTOS DORMITORIOS TIENE? _____

¿ESTA SIENDO DESALOJADO? _____ SÍ _____ NO. EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE LAS CIRCUNSTANCIAS _____

¿ALGUNA VEZ SU AYUDA O AYUDA GUBERNAMENTAL EN UN PROGRAMA DE VIVIENDA SUBSIDIADA SE HA TERMINADO POR FRAUDE, POR NO PAGAR LA RENTA O POR EL INCUMPLIMIENTO DE CUMPLIR CON LOS PROCEDIMIENTOS DE RECERTIFICACIÓN? _____ SI _____ NO

¿PLANEA TENER ALGUIEN QUE VIVA CON USTED EN EL FUTURO QUE NO ESTA EN ESTA APLICACION?

SÍ: _____ NO: _____ EN CASO AFIRMATIVO EXPLIQUE: _____

El historial de vivienda incluye vivir con familiares / amigos, ya sea que pague o no el alquiler, los propietarios actuales / anteriores, el propietario actual de bienes y raíces o personas sin hogar.

PROVEEDOR DE VIVIENDA ACTUAL: _____ TELÉFONO #: _____

DIRECCION DEL PROVEEDOR: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

FECHA DE MUDANZA: _____ ¿Paga renta? Sí _____ No _____ ¿Cuánto? _____

PROVEEDOR DE VIVIENDA: _____ TELÉFONO #: _____

DIRECCION DEL PROVEEDOR: _____ CIUDAD _____

ESTADO _____

FECHA DE MUDANZA: _____ FECHA DE DESALOJO: _____

FUE DESALOJADO INVOLUNTARIAMENTE? Sí _____ No _____ Motivo? _____

¿Pago renta? Sí _____ No _____ ¿Cuanto? _____

Nombre del solicitante: _____

GASTOS

¿PAGA POR UN ASISTENTE DE CUIDADO O POR CUALQUIER EQUIPO PARA UN MIEMBRO DE FAMILIA DESCAPACITADO QUE PERMITE QUE ALGUN MIEMBRO DE FAMILIA TRABAJE? ____ SÍ ____ NO. SI CONTESTO SI DESCRIBA LOS GASTOS: _____

¿CUÁNTO PAGA POR MEDICARE? _____ OTROS SEGUROS? _____

¿TIENE ALGUNAS FACTURAS MÉDICAS ACTUALES EN LAS QUE ESTÁ PAGANDO? ____ SÍ ____ NO

¿ESPERA USTED TENER ALGUNOS GASTOS MÉDICOS DURANTE LOS PRÓXIMOS 12 MESES? ____ SÍ ____ NO SI CONTESTO SÍ, CANTIDAD DE GASTOS MÉDICOS: \$ _____

INFORMACION DE INGRESOS (PARA INFORMACIÓN DE INGRESOS, ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES, SI ES NECESARIO)

¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS RECIBE O ESPERA RECIBIR INGRESOS DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FUENTES? PARA CADA RESPUESTA "SI" PROPORCIONE LOS DETALLES EN LA TABLA ABAJO.

<u>SÍ</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	
_____	_____	EMPLEO	_____	_____	COMPENSACION POR DESEMPLEO
_____	_____	AUTO-EMPLEO	_____	_____	FONDO DE PENSIÓN / RETIRO
_____	_____	SEGURO SOCIAL / SSI	_____	_____	BECAS / AYUDAS PARA ESTUDIANTES
_____	_____	PÓLIZA DE SEGUROS	_____	_____	LA INDEMNIZACIÓN POR DESPIDO
_____	_____	ANUALIDADES	_____	_____	BENEFICIOS DE HUELGA
_____	_____	GA/ TANF / AFDC (Welfare)	_____	_____	PAGO DE FUERZAS ARMADAS O SUBSIDIO
_____	_____	ALIMONIO O MANUNTECIÓN DE HIJOS	_____	_____	CONTRIBUCIONES O REGALOS EN EFECTIVO
_____	_____	GALARDONADO (AUNQUE NO HA SIDO RECIBIDO)	_____	_____	(PARA ALQUILER, UTILIDADES, ALIMENTOS, PAGO DE COCHES, ETC.)
_____	_____	BENEFICIOS DE LA DISCAPACIDAD / MUERTE	_____	_____	OTRO

POR CADA TIPO DE INGRESOS QUE RECIBA SU HOGAR, DÉ LA FUENTE DE LOS INGRESOS Y LA CANTIDAD DE INGRESOS QUE SE PUEDEN ESPERAR DE ESTA FUENTE DURANTE LOS PRÓXIMOS 12 MESES.

MIEMBRO DE LA FAMILIA	FUENTE DE INGRESOS/TIPO DE INGRESOS	INGRESOS ANUALES
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INFORMACIÓN DE LOS BIENES (PARA INFORMACIÓN DE BIENES, ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES, SI ES NECESARIO)

APUNTE TODAS LAS CUENTAS DE CHEQUES Y AHORROS (INCLUIDAS LAS IRA's, LAS CUENTAS DE KEOUGH, LOS CERTIFICADOS DE DEPÓSITO) DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, INCLUIDAS LAS CANTIDADES DESECHADAS DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS.

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NOMBRE DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	BALANCE
_____	_____	_____	_____

7/2019 Iniciales _____, _____

Nombre del solicitante: _____

SI TODAS ACCIONES, BONOS, FIDEICOMISOS, FONDOS DE PENSIONES O OTROS BIENES:
POR **CADA** TIPO DE BIENES:

- A. MARQUE "SI" SI CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE UNO O MÁS DE ESTE TIPO DE BIENES.
- B. MARQUE "NO" SI NINGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE ESE TIPO DE BIENES.
- C. ESCRIBA "DESPOJADO" SI CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA HA DESECHADO ESTE TIPO DE BIENES POR MENOS QUE EL VALOR JUSTO EN EL MERCADO DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 24 MESES.

<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>VALOR</u>	
_____	_____	_____	CUENTA DE AHORROS
_____	_____	_____	CUENTA DE CHEQUES
_____	_____	_____	FIDEICOMISO
_____	_____	_____	VIVIENDA, INMOBILIARIA, ALQUILER DE PROPIEDADES, ALQUILER
_____	_____	_____	FONDO DEL MERCADO MONETARIO
_____	_____	_____	ACCIONES, BONOS, FACTURAS DE TESORERÍA, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO
_____	_____	_____	IRA OR KEOUGH
_____	_____	_____	RETIRO O FONDO DE PENSIONES
_____	_____	_____	HERENCIA, GANANCIAS DE LOTERÍA, ASIGNACIÓN DEL SEGURO
_____	_____	_____	GANANCIAS DE CAPITAL, INVERSIONES DE CAPITAL
_____	_____	_____	PROPIEDAD PERSONAL TENIDA COMO INVERSIÓN (JOYA, AUTOS, ETC.)
_____	_____	_____	OTRO: _____

CERTIFICACIONES DEL SOLICITANTE

- 1. Certifico/certificamos que si nos seleccionan para mudarnos a este proyecto, la unidad que ocupamos/ocuparemos será mi / nuestra única residencia.
- 2. Entiendo/entendemos que la información anterior se está recopilando para determinar mi/ nuestra elegibilidad para un programa de HUD o un departamento subsidiado de la Sección 8. Autorizo/autorizamos al propietario a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a contactar a los propietarios anteriores o actuales u otras fuentes para obtener información de crédito y verificación que pueda ser divulgada por las agencias federales, estatales y locales apropiadas, o por personas privadas al propietario / administración.
- 3. Certifico / certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas a lo mejor de mi / nuestro conocimiento y creencia.
- 4. Entiendo / entendemos que las declaraciones o información falsas son sancionables bajo la ley federal.
- 5. Entiendo / entendemos que debemos proporcionar una notificación por escrito de cualquier cambio en la información de este formulario, especialmente la dirección.
- 6. Entiendo / entendemos que el proyecto reconocerá esta solicitud por correo.

Me/Nos gustaria solicitar una copia del Plan de Seleccion de Inquilinos del propietario/agentes. Sí ___ No ___

JEFE DE HOGAR (POR FAVOR IMPRIMIR): _____

FIRMA DE JEFE DE HOGAR: _____ FECHA: _____

CO- JEFE DE HOGAR (POR FAVOR IMPRIMIR): _____

Nombre del solicitante: _____

FIRMA DE CO-JEFE DE HOGAR: _____

FECHA: _____

RECONOCIMIENTO

Cualquier cambio en sus ingresos, bienes, composición del hogar o estado del estudiante desde la fecha en que firmó su solicitud hasta su fecha de mudanza, debe informarse a Villa Caridad. De lo contrario, se podría negar su mudanza. Si después de la mudanza descubrimos que no se informaron los cambios, es posible que se le solicite a Villa Caridad que tome medidas que podrían resultar en el desalojo. _____
Iniciales Iniciales

SANCIONES POR ABUSO DE ESTE CONSENTIMIENTO

El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones sabiendo y voluntariamente falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos. HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgación no autorizada o uso indebido de la información recopilada según el formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada en base a este formulario de verificación está restringido a los propósitos citados anteriormente. Cualquier persona que sabiendo o voluntariamente solicite, obtenga o divulgue cualquier información bajo falsas pretensiones con respecto a un solicitante o participante puede estar sujeta a un delito menor y una multa de no más de \$ 5,000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede entablar una acción civil por daños y perjuicios y buscar otro tipo de alivio, según sea apropiado, contra el funcionario o empleado de HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido. Las disposiciones de penalización por el uso indebido del número de seguro social están contenidas en la ** Ley de Seguro Social en 208 (a) (6), (7) y (8). La violación de estas disposiciones se cita como violaciones de 42 U.S.C. 408 (a) (6), (7) y (8) **. 6/29/2007



Revisado 01/02/2014

