



**Solicitud Universal ESTÁNDAR para
Viviendas Públicas Subsidiadas por el
Estado
MRVP y AHVP**

This box is for Office Use Only	
Date of Receipt:	_____
Time of Receipt:	_____
Control Number:	_____
Barrier fee:	_____
First Floor:	_____
Elderly Handicapped:	_____
Race and/or Ethnicity:	_____
Priority /Preference Category:	_____
Language:	_____

No se tramitarán las solicitudes incompletas. Por favor, complete toda la información requerida en la solicitud. Si una pregunta no es aplicable, por favor escriba N / A. **Asegúrese de firmar la última página.** Si necesita espacio adicional para dar una respuesta, por favor adjunte una hoja(s) adicional(es). Una vez que haya completado la solicitud, por favor envíela por correo o entréguela a las autoridades locales de vivienda en las que usted desea presentar la solicitud. Por favor, consulte la lista de autoridades locales de vivienda para verificar la disponibilidad de viviendas familiares o para ancianos /o discapacitados que no son ancianos.

1. Nombre del solicitante: _____

Domicilio del lugar de residencia actual: _____ No. de Apto: _____

Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

Mejor No. para comunicarse con el solicitante: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección postal: _____ No. de Apto: _____

Ciudad / Pueblo: _____ State: _____ CP: _____

2. Tipo de vivienda pública que está solicitando: Ancianos No ancianos, discapacitados
- Juntos Ancianos/Discapacitados Familiar MRVP AHVP

Nota: a fin de ser elegible para obtener una vivienda destinada a ancianos o personas con discapacidad, debe tener al menos 60 años de edad o algún tipo de discapacidad. Si usted tiene una discapacidad, ésta no podrá ser ni alcoholismo ni adicción a las drogas. Si usted presenta una discapacidad, deberá entregar un certificado emitido por un médico en el que claramente manifieste que usted tiene una discapacidad de duración prolongada o indefinida, de por lo menos seis meses. Asimismo, la Autoridad de Vivienda Local (LHA, por sus siglas en inglés) tendrá que determinar que ciertos elementos arquitectónicos especiales O viviendas con bajo costo de alquiler no estén disponibles en el mercado privado Y que el solicitante no tenga otra opción que vivir en una institución o vivienda precaria en decadencia O que paga un alquiler excesivo.



3. Si usted desea calificar para viviendas de emergencia, debe seleccionar una de las categorías que aparecen a continuación:

Nota: A fin de ser elegible como solicitante en condición de emergencia, debe estar "sin hogar", tal como se define en las reglamentaciones estatales de la siguiente manera: un solicitante que se encuentra sin un lugar donde vivir o que se encuentra en una situación de vida en la que existe una amenaza significativa, inmediata y directa para su vida o seguridad que se aliviaría con la colocación en una unidad apropiada; que no ha causado ni contribuido sustancialmente a la situación; que ha hecho un esfuerzo razonable para prevenir o evitar la situación y alojarse en una vivienda alternativa; y que fue desplazado de su lugar de residencia principal por una de las razones siguientes. Por favor, marque el motivo que corresponda a su situación.

- Desplazado por Fuerzas Naturales (por ej. Incendio, Inundación, Terremoto)
- Desplazado por Acción Pública (por ej., renovación urbana, dominio inminente)
- Desplazado por Acción Pública (por ej., Condena del hogar, violaciones al código)
- Desplazado de la vivienda sin culpa del solicitante, como en el caso de emergencia médica grave y/o víctima de abuso (violencia doméstica) donde la situación de vivienda contribuya significativamente a o constituya directamente una amenaza para la vida y seguridad del solicitante.

Si usted ha seleccionado una de las categorías de emergencia citadas anteriormente en esta sección, debe completar una SOLICITUD DE EMERGENCIA, además de esta Solicitud Estándar. Todas las solicitudes de emergencia deben estar acompañadas de documentación escrita por terceros.

4. **Preferencia local:** Además de recibir preferencia local para la Ciudad o Pueblo donde usted tiene su lugar de residencia principal, podrá recibir preferencia local dependiendo del lugar donde esté empleado.

Por favor, responda lo siguiente:

- Proporcione el nombre de la Ciudad/Pueblo donde usted está empleado: _____

- Proporcione las fechas del empleo: Del: _____ Al: _____
Teléfono del hogar: _____ - _____ - _____ Teléfono del trabajo: _____ - _____ - _____

5. **Preferencia de veterano:** Usted puede solicitar preferencia de veteranos si usted es un veterano, el cónyuge del veterano, el cónyuge sobreviviente, los padres dependientes o niño o cónyuge divorciado con un hijo dependiente de un veterano.

Si usted desea solicitar Preferencia de Veterano, cite las fechas del servicio militar de los Estados Unidos. Incluya las fechas de servicio en el Ejército, la Infantería de Marina, la Guardia Costera, la Fuerza Aérea o la Guardia Nacional de los Estados Unidos.

Fecha de Servicio: Del: _____ Al: _____

Usted deberá presentar una copia del Formulario DD214 del Departamento de Defensa de Veteranos junto con esta solicitud.

6. Usted tiene alguna necesidad especial debido a una discapacidad o necesita alguna adaptación razonable, como una unidad en el primer piso por razones médicas? sí no

Por favor,
especifique:

7. ¿Necesita un departamento con acceso para silla de ruedas? sí no

8. Cantidad de habitaciones que necesita: 1 2 3 4 5

Nota: La mayoría de los complejos habitacionales para ancianos/ discapacitados cuentan con unidades de 1 dormitorio solamente.

9. ¿Actualmente está viviendo en una vivienda de transición, no permanente, subsidiada por el Programa de Vales para Viviendas Alternativas de Massachusetts? sí no

10. ¿Alguno de los familiares que viven en su hogar posee un automóvil? sí no

Marca del
automóvil:

Año:

Número de
Registro:

Marca del
automóvil:

Año:

Número de
Registro:



11. Miembros de la familia que viven en la unidad, incluido el **Jefe** del hogar:

Primer nombre y apellido	Relación con el Jefe de la familia	Designación Racial *	Designación Étnica**	Número De Seguridad Social ***	Sexo	Fecha De Nacimiento	Ocupación <ul style="list-style-type: none"> • Empleado • En el hogar • Discapacitado • Estudiante
	Cabeza de Familia						

***Designación racial: Indio americano o Nativo de Alaska; Asiático; Negro o Afroamericano; Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacífico; Blanco; otras (especificar)**

****Designación étnica: Hispano/Latino o no Hispano/Latino**

Responder a estas preguntas es opcional. Su condición en lo que respecta a los procedimientos de selección de arrendatarios puede verse afectada por esta información. "Minoría" no incluye a la "raza blanca" a menos que también haya una designación de otra raza o "Hispano/Latino".

*****Esta información será utilizada para verificar los ingresos, bienes e información de antecedentes penales.**

12. ¿Se espera algún cambio en la composición familiar? sí no

Si respondió sí,
 ¿de qué tipo? _____
 ¿Cuándo? _____



13. **Ingresos brutos (antes de deducciones):** calcule los Ingresos Brutos anticipados de TODOS los miembros del grupo familiar provenientes de todas las fuentes correspondientes a los próximos 12 meses. Especifique todas las fuentes.

Nombre del miembro del grupo familiar		Nombre y domicilio del empleador o fuente de ingresos	Ingresos brutos correspondientes a los próximos 12 meses
	Salarios, sueldos, incluidas horas extras/ propinas		\$
	Salarios, sueldos, incluidas horas extras/ propinas		\$
	Ingresos netos provenientes del ejercicio de actividad comercial o profesión		\$
	Ingresos provenientes del fideicomiso, intereses y dividendos		\$
	Subsidio por desempleo o invalidez		\$
	Pensiones y rentas vitalicias		\$
	Beneficios del seguro social ordinario y/o Ingresos por seguro complementario		\$
	Ingresos por invalidez de la Agencia de Veteranos		\$
	Ayuda transitoria a familias con hijos a su cargo o Asistencia pública		\$
	Pagos de alimentos ordinarios suministrados al cónyuge		\$
	Otros ingresos		\$
Total ingresos brutos:			\$

14. **Gastos:**

Gastos médicos no reembolsados:	\$
Pagos de alimentos suministrados a los hijos menores:	\$
Seguros de salud:	\$
Otros (es decir: gastos de atención a niños enfermos o personas discapacitadas enfermas, si fuere necesario para el empleo)	\$

15. **Bienes:** ¿Es propietario de algún bien inmueble? sí no

Si respondió sí, indique la dirección: _____

Enumere a continuación los bienes de cada persona que vivirá en la unidad. Incluya **todas** las cuentas bancarias, acciones y bonos, fideicomisos, bienes inmuebles, etc. **NO** incluya prendas de vestir, muebles o automóviles. Utilice una hoja adicional, si fuere necesario.

Miembro del grupo familiar	Tipo de bien	Valor del bien o saldo actual	Nombre de la entidad financiera	N.º de cuenta
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		



16. ¿Ha vendido, transferido o regalado algún bien inmueble o de otro tipo en los últimos tres (3) años? sí
 no

**Si
respondió
sí:**

Fecha de la venta /
transferencia: mes _____ día _____ año _____
Monto de la venta /
transferencia: _____
Valor de la venta /
transferencia: _____

17. **Referencias:** Enumere dos referencias. No deben ser parientes ni miembros del grupo familiar.

(1)

Nombre: _____ No. de teléfono _____
Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

(2)

Nombre: _____ No. de teléfono _____
Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

18. **Enumere el domicilio de cada Miembro Adulto del Grupo Familiar** correspondiente a los Últimos Cinco Años en Orden Inverso. Por favor, mencione el arrendatario principal (jefe del hogar) si es otra persona que no sea usted. (Use hojas adicionales si es necesario)

(1) Nombre del Arrendatario Principal: _____

Domicilio: _____ No. de Apto _____ Fecha del: _____ al: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Nombre del propietario _____ No. de teléfono _____
 Domicilio del propietario: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Este propietario, ¿entabló acciones judiciales contra el arrendatario o usted?(marque una opción) sí no
 Este propietario, ¿le devolvió su depósito de seguridad? (marque una opción) sí no n/a

(2) Nombre del Arrendatario Principal: _____

Domicilio: _____ No. de Apto _____ Fecha del: _____ al: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Nombre del propietario _____ No. de teléfono _____
 Domicilio del propietario: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Este propietario, ¿entabló acciones judiciales contra el arrendatario o usted?(marque una opción) sí no
 Este propietario, ¿le devolvió su depósito de seguridad? (marque una opción) sí no n/a

(3) Nombre del Arrendatario Principal: _____

Domicilio: _____ No. de Apto _____ Fecha del: _____ al: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Nombre del propietario _____ No. de teléfono _____
 Domicilio del propietario: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Este propietario, ¿entabló acciones judiciales contra el arrendatario o usted?(marque una opción) sí no
 Este propietario, ¿le devolvió su depósito de seguridad? (marque una opción) sí no n/a



19 ¿Alguna vez usted o algún miembro de su grupo familiar recibieron asistencia para la vivienda de ésta o cualquier otra agencia de vivienda? (marque una opción) sí no

Si respondió sí, Nombre del Jefe del Hogar en ese momento: _____

Relación con el solicitante: _____

Nombre de la Agencia de vivienda: _____

Fecha en la que se mudó de la vivienda: _____

Motivo por el que se mudó: _____

Cuando se mudó de la vivienda, ¿fue de conformidad con el contrato de arrendamiento y otros requisitos del programa?

(marque una opción) sí no

Si respondió No, por favor, explique: _____

20 ¿Es usted Miembro de la Junta, empleado o familiar directo de un miembro de la junta de esta Autoridad de vivienda? sí no Si es así, esto no necesariamente descalifica su solicitud.

Si respondió Sí, por favor, explique: _____

21 ¿Tiene alguna mascota? sí no

Si es así, ¿cuántas? _____

Sírvase describir: _____

22 Referencia en caso de Emergencia: Nombre de un familiar o amigo que NO planea vivir con usted. Nos comunicaremos con esta persona si no logramos comunicarnos con usted en caso de emergencia.

Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Teléfono: _____ Teléfono comercial: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____



23. **Antecedentes penales:** Usted o alguno de los miembros del grupo familiar que vivirán en la unidad, ¿ha sido condenado alguna vez por un delito grave? sí no

Si respondió

Sí, por favor,
explique: _____

24. Usted o alguno de los miembros del grupo familiar que vivirán en la unidad, ¿tiene asuntos penales pendientes? sí no

Si respondió

Sí, por favor,
explique: _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

Entiendo que esta solicitud no es una oferta de vivienda. Asimismo, entiendo que la Autoridad de Vivienda no realizará más de una oferta pública de una unidad de vivienda adecuada. Si no acepto esa oferta, mi solicitud será retirada de la lista de espera, y si presento una solicitud nuevamente, ésta no recibirá ninguna prioridad o preferencia que hubiera sido concedida en la solicitud anterior, por un período de tres (3) años.

De acuerdo con esta solicitud, entiendo que no debo hacer planes para mudarme ni terminar mi arrendamiento actual hasta que no haya recibido una **Oferta de Unidad de vivienda** por escrito por parte de la Autoridad de Vivienda. Entiendo que es mi responsabilidad informar por escrito a la Autoridad de Vivienda sobre cualquier cambio de domicilio, ingresos, o composición familiar. Por el presente, autorizo a la Autoridad de Vivienda a hacer averiguaciones para verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier información falsa o tergiversación puede resultar en la denegación de mi solicitud. **Asimismo, entiendo que la Autoridad de Vivienda solicitará Información del Expediente Penal del Delincuente a la Junta de Sistemas de Antecedentes Penales y realizará verificaciones de crédito y búsquedas en Internet sobre todos los miembros adultos de la familia.**

FIRMADO BAJO PENA DE FALSO TESTIMONIO. Entiendo que una fotocopia de esta solicitud y de esta firma tendrá la misma validez que el documento original

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del revisor: _____

Fecha: _____



UNIVERSAL EMERGENCY APPLICATION FOR STATE-AIDED HOUSING

Date of Receipt:	_____
Time of Receipt:	_____
Control Number:	_____
Barrier Fee:	_____
First Floor:	_____
Elderly/Handicapped:	_____
Race:	_____
Priority Category:	_____
Preference Category:	_____
Language:	_____

Incomplete applications will not be processed. Please complete all information requested on the application. If a question is not applicable, please write N/A. Make sure you sign the last page.

(PLEASE PRINT)

Name of Applicant: _____

Mailing Address of Applicant: _____

City/Town: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone Number that Applicant can be Reached at: _____

This Emergency Application **must include written verification by a third party as to the priority status that you are claiming.** The Housing Authority will not accept this application without third party verification, and a completed Standard Application. Verification includes letters from social workers, shelters, social service agencies, or code enforcement agencies that confirm that you meet the definition of "homeless applicant". **Your application will not be processed until you have provided everything required by the Emergency Application Package and a completed Standard Application.**

In order to be found eligible for Emergency Case Status, you must be a "Homeless Applicant" as defined below AND qualify for one of the priorities listed below.

Definition of Homeless Applicant

An Applicant who:

- (a) is without a place to live or is in a living situation in which there is a significant, immediate, and is a direct threat to the life or safety of the applicant or a household member which situation would be alleviated by placement in a unit of appropriate size, **and**
- (b) has made reasonable efforts to locate alternative housing, **and**
- (c) has not caused or substantially contributed to the safety or life threatening situation, **and**
- (d) has pursued available ways to prevent or avoid the situation by seeking assistance through the courts or appropriate administrative or enforcement agencies, **and**
- (e) is displaced from the residence in which the applicant household lived at least nine (9) months of the year.



1. Do you meet each of the requirements of the definition of "Homeless Applicant" set out on the previous page? (check one)

YES

NO

If YES, describe how you meet each of the above requirements: _____

2. On what day did you become, or will you become displaced from your primary residence?
Day _____ Month _____ Year _____

3. **Local Preference, Emergency Applicants Only.** If you are homeless and applying for Emergency Housing you may choose to be considered a resident from the city/town from which you were displaced or a resident in the city/town in which you are temporarily housed.

Please provide the name of the community you choose to be declared a resident for the purposes of tenant selection.

ALL EMERGENCY APPLICANTS MUST ATTACH PROOF OF HOMELESSNESS. ACCEPTABLE VERIFICATION INCLUDES LETTERS FROM SOCIAL WORKERS, SHELTERS, SOCIAL SERVICE AGENCIES, OR CODE ENFORCEMENT AGENCIES THAT CONFIRM THAT YOU MEET THE DEFINITION OF "HOMELESS APPLICANT".

4. Check off the priority category that you believe applies to your situation:

Priority 1: Displaced by Natural Forces such as a fire not due to the negligence of intentional act of applicant, or member of applicant's household, or by an earthquake, or flood, or by a disaster declared or formally recognized under disaster relief laws.

If you have checked off Priority 1, you must attach proof of Displacement by Natural Forces such as report from Fire Department, letter from Board of Health or other government agency documenting destruction of your residence by earthquake, flood or other disaster.

Priority 2: Displaced by Public Action such as the building of a low rent public housing project, a public slum clearance, urban renewal project or other public improvement.

If you have checked off Priority 2, you must attach proof of Displacement by Public Action such as Relocation Notice, letter from Urban Renewal or other government agency documenting for public works project.

Priority 3: Displacement due to enforcement of minimum standards of fitness for human habitation established by Article 2 of the State Sanitary Code or local ordinances.

If you have checked off Priority 3, you must attach proof of Displacement due to State Sanitary Code enforcement such as a copy of the complaint listing code violations, placard, notices or letter from Board of Health documenting condemnation.



PRIORITY 4 – EMERGENCY CASE PLAN CATEGORIES

- A. Homeless and Facing a Significant Immediate and Direct Threat to the Life or Safety of the Applicant or any Household Member for Causes Other than the Fault of the Applicant or Member of the Applicant Household.**

If you have checked off Priority 4A, you must attach: Proof of No-Fault Loss of Housing such as summary process summons and complaint, court decision and execution from the court.

- B. Severe Medical Emergencies. An applicant is suffering from a severe medical emergency if the applicant household is suffering from an illness or injury posing a severe and medically documented threat to life which has been significantly caused by the lack of suitable housing or as to which the lack of suitable housing is a substantial impediment to treatment or recovery.**

If you have checked off Priority 4B, you must attach:

1. Proof of Medical Condition such as certification by physician on Housing Authority form.
2. Proof of Unsuitable Housing such as letter from landlord, visiting nurse or Board of Health documenting unsuitability of current housing, or photographs of current housing showing unsuitable features.

- C. Abusive Situation. An applicant is in an abusive situation if the applicant or member of the applicant household is determined by the LHA to be a victim of abuse as defined in the Abuse Prevention Act (G.L. c.209A, §1), which abuse constitutes a significant and direct threat to life or safety. The Abuse Prevention Act defines “abuse” as the occurrence of one or more of the following acts between “family or household members”: (1) attempting to cause or causing physical harm; (2) placing another in fear of imminent serious physical harm; or (3) causing another to engage involuntarily in sexual relations by force, threat or duress. “Family or household members” are individuals who are related by blood or marriage, have a child together, or who now or formerly resided in the same household or dated each other.**

If you have checked off Priority 4C, you must attach: Proof of Abusive Situation such as copies of medical reports, police reports, restraining orders, applications for criminal complaints, social service evaluations.

EMERGENCY APPLICATIONS SUBMITTED WITHOUT REQUIRED DOCUMENTATION WILL BE DENIED.

APPLICANT’S CERTIFICATION:

I certify that the information that I have given in this application is true and correct, and I understand that any false statement or misrepresentation may result in the rejection of my application. I authorize the Housing Authority to make inquiries to verify the information that I have provided in this application.

SIGNED UNDER THE PAINS AND PENALTIES OF PERJURY. I understand a photocopy of this application and a photo copy of this signature is valid as the original.

Applicants Signature

Date

Reviewer’s Signature

Date

