

## Maple Park 2

9915 Maple Park Dr  
Live Oak , Ca 95953

### CRITERIOS DE SELECCIÓN

Todo individuo solicitando para un apartamento debe cumplir con los siguientes criterios para ser aceptado como residente de Maple Park 2 Senior Apartments. Este criterio incluye y no se limitan a lo siguiente:

1. Un miembro de la familia debe tener 55 años al momento de someter la solicitud, ser una persona con incapacidad no lo califica bajo el programa Tax Credit. Los esposos, cohabitantes, y proveedores de cuidado son permitidos y no tienen que cumplir con los requisitos de edad. Hijos o nietos de la persona de la tercera edad que califican solo se permiten si son una persona con discapacidad y necesitan vivir con la persona de la tercera edad debido a una enfermedad/condición de incapacitación. Cuando una persona de 55 años de la tercera edad desocupe la unidad, el resto de la vivienda será inelegible y tendrá que desocupar la vivienda si es que no fueron parte de la calificación original de casa y edad.
2. El solicitante debe cumplir con los requisitos de **no** estar por encima del límite de ingreso actual, tal como establece la TCAC de California.
3. El solicitante deberá presentar una tarjeta de seguro social si una fue emitida, y una identificación válida con foto (ex: licencia de conducir o I.D. que fue emitida por el estado).
4. El solicitante debe aceptar la primera unidad ofrecida.
5. El solicitante debe tener endorso/referencia positiva de propietarios. Referencia negativa se define como: Tres (3) o más retrasos en los pagos en cualquier periodo de doce (12) meses; deuda pendiente a cualquier propietario anterior; desalojo; problemas de comportamiento repetidos; violación de los acuerdos de arrendamiento o de alquiler; mala conducta voluntariosa; actividad de drogas, suciedad excesiva.
6. Cualquier intento de defraudar a los apartamentos Maple Park 2 es un motivo de negar la solicitud, esto incluye y no se limita a: no divulgar sus ingresos, falsificando cualquier documento, falsificando o no divulgando de residencias.
7. El solicitante debe divulgar fuentes de ingreso, esto incluye y no se limita a: desempleo, empleo, seguro social, seguro social suplementario, pensión/jubilación, ingreso de incapacidad, pensión matrimonial compensatoria, mantención de los hijos, asistencia del gobierno, y otra asistencia pública, asistencia regular de familia y amigos, cuentas de ahorro incluyendo "Christmas Clubs," CD's, IRA (plan de retiro) y cuentas Keogh, cuentas de cheques, bienes y raíces, acciones, bonos, fideicomisos y otras inversiones, becas y ayudas educativas; todos los bienes vendidos por debajo de su valor de mercado en los últimos dos (2) años.
8. Los solicitantes deben consentir en firmar todas las formas necesarias que pertenecen a verificación de información e ingreso.

Falsificación de información es motivo para la inmediata denegación de la solicitud. Las solicitudes se procesan según las directrices que cumplen con los artículos establecidos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD).

Con la firma, le da a los apartamentos de Maple Park 2 permiso para realizar una verificación de antecedentes incluyendo y no limitado a la verificación de toda la información presentada por usted en esta forma.

### LISTA DE ESPERA

Los apartamentos Maple Park 2 mantienen una lista de espera bajo los lineamientos de (HUD) contenidas en CFR 982 y el Regional Housing Authority Administrative Plan.

Los solicitantes aprobados se ponen en la lista de espera de acuerdo con la fecha y la hora que la solicitud es recibida en la oficina de negocios. Cuando las unidades estén disponibles, ofertas de las unidades son hechas de acuerdo a la fecha y hora en la solicitud. Es su responsabilidad de ponerse en contacto con la oficina por escrito para notificar de cambios de número de teléfono y dirección. Si esta oficina intenta ponerse en contacto con usted y no tiene éxito porque se ha movido, su solicitud será retirada.

Restricciones y regulaciones que gobiernan transferencias internas son uniformemente ejecutadas. Las respectivas circunstancias y sumisiones del solicitante fechadas son sujetas a ciertos estatutos regulatorios que permiten prioridades como la unidad sobre la utilización. Otras restricciones pueden gobernar algunas o todas las porciones de las transferencias. La lista de espera interna se consulta primero cuando una unidad está disponible. Posteriormente, cualquier solicitante aprobado se le dará preferencia a una unidad accesible para sillas de rueda si lo requieren.

Al firmar esta forma, certifica que ha leído y entiende las secciones de la solicitud titulada: *Criterios de Selección y Lista de Espera*.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha





[www.rhasnc.org](http://www.rhasnc.org)



Helping People  
Help Themselves  
[www.chiphousing.org](http://www.chiphousing.org)

## Maple Park 2 Project Based Voucher Program and Tax Credit Application

Por favor tenga en cuenta: Esta solicitud **NO** es para el programa de Sección 8. La lista de espera de HCV NO está abierta. Esta solicitud es para Maple Park 2 Senior Apartments-Project Based Voucher Program (PBV-MP2/Tax credit). PBV-MP2 es una forma de alojamiento en el que se vivirá en una unidad que cuenta con la asistencia de alquiler proporcionada por la Autoridad de Viviendas y Tax Credits.

Por favor, marque esta casilla si usted es una persona con una discapacidad y necesita ayuda para leer o completar este formulario. Usted tiene el derecho de pedir a la Autoridad de Viviendas que haga una acomodación razonable para hacer programas de RHASNC y de CHIP accesible a usted. Para hacer una solicitud de este tipo, por favor comuníquese con la Autoridad de Viviendas al (530) 671-0220 o TTY (866) 735-2929 o 711. Este documento está disponible en formatos alternativos. Coordinadora de Accesibilidad Sección 504, Jenni Bobadilla, (530) 671-0220 x 125

El estándar de ocupación para Maple Park 2 Senior Community es:

1 recámara ----- 1-2 Personas 2 recamaras ----- 2-4 Personas

Este es nuestro estándar de ocupación normal. Excepciones a la norma anterior se pueden hacer como una acomodación razonable para un miembro de la familia con discapacidad.

DESEO APLICAR PARA LO SIGUIENTE:

1 recámara  2 recamaras

**NOMBRE DE SOLICITANTE (CABEZA DE FAMILIA)**

APPELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

**ESPOSO (A)/CO-SOLICITANTE**

APPELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO



The Housing Authority and CHIP are equal opportunity employers and housing providers.



**TRIBUTOS DE FAMILIA:**

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_ INGRESO ANUAL \$ \_\_\_\_\_

NÚMERO DE HABITACIONES SOLICITADAS \_\_\_\_\_ ¿Espera añadir a algún miembro adicional a su hogar en los próximos 12 meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**COMPOSICIÓN DE SU HOGAR**

Indique a todos, incluso a usted mismo, niños adoptados/adultos, y asistentes necesarios para el cuidado de un miembro de la familia. Recuerde que debe incluir a todos que estarán viviendo en el hogar. Si necesita más espacio, continúe en la parte posterior de este formulario. Usted (el solicitante/cabeza de familia) debe estar en la primera fila.

Apellido	Nombre	IN	Número de Seguro Social	Relación al cabeza de familia	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento	Edad	Estudiante de tiempo completo (Sí/No)
				cabeza de familia				

Indique debajo **todas** las fuentes de ingreso. (Esto pueden incluir el empleo, pensiones, SSI, Seguro Social, desempleo, TANF, mantención de menores/"Child support", etc....)

Miembro de la Familia	Fuente(s) de ingreso:	Cantidad Mensual	Total(es)
_____	_____	\$ _____ x12 =	\$ _____
_____	_____	\$ _____ x12 =	\$ _____
_____	_____	\$ _____ x12 =	\$ _____
_____	_____	\$ _____ x12 =	\$ _____
		Ingreso anual total	\$ _____



[www.rhasnc.org](http://www.rhasnc.org)



Helping People  
Help Themselves  
[www.chiphousing.org](http://www.chiphousing.org)

**Nombre y Dirección de Empleador/es, si se emplea**

Nombre de miembro de familia	Nombre de empleador	Dirección completa y número de teléfono de empleador
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Bienes:** Escriba por debajo los bienes de cada miembro de familia. (Esto puede incluir cuentas de cheque, cuentas de ahorro, dinero en efectivo, seguro de vida entera, etc.) Escriba ninguno si no tiene bienes. **(No incluya sus vehículos).**

Número de cuenta de cheque: \_\_\_\_\_ Balanza: \$ \_\_\_\_\_ Interés: \_\_\_\_\_ % Institución: \_\_\_\_\_

Número de cuenta de cheque: \_\_\_\_\_ Balanza: \$ \_\_\_\_\_ Interés: \_\_\_\_\_ % Institución: \_\_\_\_\_

Número de cuenta de ahorros: \_\_\_\_\_ Balanza: \$ \_\_\_\_\_ Interés: \_\_\_\_\_ % Institución: \_\_\_\_\_

Número de otra cuenta: \_\_\_\_\_ Balanza: \$ \_\_\_\_\_ Interés: \_\_\_\_\_ % Institución: \_\_\_\_\_

**Por Favor escriba su historia de vivienda durante los últimos 5 años, comenzando con el más reciente. (No P.O. Boxes/apartados de correo)**

**Residencia Actual:** Calle \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Renta mensual: \$ \_\_\_\_\_ De: (mes) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_ Hasta: (mes) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_

Nombre del Propietario/Propiedad: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_

Motivo de mudanza: \_\_\_\_\_

**Residencia Anterior:** Calle: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Renta Mensual: \$ \_\_\_\_\_ De: (mes) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_ Hasta: (mes) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_



The Housing Authority and CHIP are equal opportunity employers and housing providers.



Nombre de Propietario/Propiedad: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_

Motivo de Mudanza: \_\_\_\_\_

Residencia Anterior: Calle: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Renta Mensual: \$ \_\_\_\_\_ De: (mes) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_ Hasta: (mes) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_

Nombre de Propietario/Propiedad: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_

Motivo de Mudanza: \_\_\_\_\_

¿Ha sido desalojado en los últimos (7) años? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor, escriba una referencia personal. (No use a parientes.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Años conocidos: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, póngase en contacto con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**COLECCIÓN DE DATOS DE LISTA DE ESPERA (Esta información es solamente para propósitos estadísticos de HUD)**

**¿ES LA CABEZA DE FAMILIA O ESPOSO/A CO SOLICITANTE** (Marque las respuestas que correspondan)

- CASI ANCIANO/A (DEFINIDO A POR LO MENOS 50 AÑOS, PERO MENOS DE 62 AÑOS)
- ANCIANO/A (DEFINIDO A POR LO MENOS 62 AÑOS)
- 

**¿ES SU FAMILIA** (Marque todas las respuestas que correspondan)

- DESPLAZADA (DEFINIDO COMO UNA FAMILIA DONDE CADA MIEMBRO ES UNA PERSONA DESPLAZADA POR UNA ACCIÓN DE GOBIERNO O UNA PERSONA QUIEN A TENIDO SU HOGAR EXTENSIVAMENTE DAÑADA O DESTRUIDA COMO RESULTADO DE UN DESASTRE.
- SIN HOGAR (DEFINIDO COMO UNA FAMILIA QUE CARECE DE UNA RESIDENCIA FIJA, REGULAR Y ADECUADA DURANTE LA NOCHE, ES DECIR: TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA QUE ES PÚBLICA O PRIVADA NO DESTINADA PARA VIVIENDA/RESIDENCIA DE PERSONAS, O VIVE EN UN REFUGIO.)

**RAZA/ETNICIDAD:** Esta información es confidencial y solamente es usada para propósito de reportando al gobierno para asegurar conformidad con las leyes de igualdad de oportunidades/"equal opportunity." Por Favor tenga en cuenta que el auto-identificación de raza/etnicidad es voluntario.

Categorías Étnicas (Por Favor solamente seleccione uno):  Hispano o Latino  No Hispano o Latino



[www.rhasnc.org](http://www.rhasnc.org)



Helping People  
Help Themselves  
[www.chiphousing.org](http://www.chiphousing.org)

Raza (Por favor solamente seleccione uno):

- Indio Americano o Nativo de Alaska       Asiático       Negro o Africano Americano
- Hawaiano o Otro Pacifico Islandés       Blanco       Otro

**ACCESIBILIDAD**

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad que requiere funciones de accesibilidad? (Por Favor seleccione uno o más.)

- Sí, acceso de oído       Sí, acceso de movilidad
- Sí, acceso de vista       No, Yo/Nosotros no necesitamos una unidad accesible

**DECLARACIÓN ÉTICA**

HUD requiere que todos los posibles arrendadores y empleados proporcionen la información siguiente:

¿Tiene usted una relación de negocio o personal con alguna persona que ahora o en el pasado fue/es empleado o miembro de la Junta de él Regional Housing Authority de los Condados de Sutter y Nevada?  No       Sí-si la respuesta es Sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DE SOLICITANTE**

Yo/Nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas a lo mejor de mi/nuestro conocimiento y creencia y comprendo/comprendemos que para fines de verificación investigaciones serán echas por la Autoridad de Vivienda.

ADVERTENCIA 18 U.S.C. 1001 declara que toda persona que intencionadamente y voluntariamente hace o utiliza un documento o escritura que contenga falsa, ficticia, o declaración fraudulenta de cualquier forma dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos será multado o encarcelado por no más de 5 años, o ambos.

**TODO MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA DEBE FIRMAR ABAJO**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por Favor devuelva solicitudes completas y firmadas a:

**RHASNC**

1455 Butte House Road, Yuba City, CA 95993  
Phone: (530) 671-0220, Toll Free: (888) 671-0220  
TTY: (866) 735-2929, Fax: (530) 673-0775



The Housing Authority and CHIP are equal opportunity employers and housing providers.



El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

N.º de control de OMB 2502-0581  
Exp. (07/31/2012)

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

### COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

**Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional:** Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

<b>Nombre del solicitante:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>N.º de teléfono:</b>	<b>N.º de teléfono celular:</b>
<b>Nombre de la persona u organización de contacto adicional:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>N.º de teléfono:</b>	<b>N.º de teléfono celular:</b>
<b>Dirección de correo electrónico (si corresponde):</b>	
<b>Relación con el solicitante:</b>	
<b>Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)</b>	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
<b>Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda:</b> Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
<b>Declaración de confidencialidad:</b> La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
<b>Notificación legal:</b> La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

**Declaración de privacidad:** La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.

