



P.O. Box 3569
Hailey, ID 83333
(208) 726-4411
www.archbc.org

Application for ARCH Housing

Dear Applicant,

Please fill out the attached application in full and return it to ARCH Community Housing Trust by any of the following ways.

- Scan and email to ben@archbc.org
- Deliver in person to Blaine Manor at 706 S. Main St. in Hailey.
- Mail to ARCH, PO Box 3569, Hailey, ID 83333

Thank you!

Estimado solicitante,

Por favor, llene la solicitud adjunta en su totalidad y devuélvela a ARCH Community Housing Trust por cualquiera de las siguientes maneras.

- Escanear y enviar por correo electrónico a ben@archbc.org
- Entregar en persona a Blaine Manor en 706 S. Main St. en Hailey
- Enviar por correo a ARCH, PO Box 3569, Hailey, ID 83333

Muchas gracias!

Sincerely,
ARCH Community Housing



PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Fecha: _____ Tamaño de Habitación Solicitada: _____ Necesidades Especiales: _____

Hora: _____ Fecha de Entrada Deseada: _____ Ingresos Brutos Anuales \$ _____

Tipo de Unidad de Crédito Fiscal: Mercado 60% 50% 40% 30%

Firma del Gerente de la Residencia: _____ Unidad # - Añadir al Hogar Existente _____

EL FORMULARIO DE SOLICITUD RESIDENCIAL DE THE HOUSING COMPANY

Nombre del Complejo de Apartamentos _____

Nombre del Solicitante: (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) _____

Teléfono (_____) _____ **Celular:** (_____) _____

Dirección Postal Actual: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

¿Cómo se enteró de este complejo de apartamentos? Volantes o Folletos; Periódico; Páginas Amarillas;

Sitio de Internet; Manejó por el lugar; Listado de Asistencia de Vivienda; Referencia de un Residente (Nombre del Residente _____)

¿Tiene un cupón de vivienda? (En caso afirmativo, se requiere documentación de apoyo) SÍ NO

¿Está en una Lista de Espera para recibir un cupón de vivienda? (En caso afirmativo, se requiere documentación de apoyo)

SÍ NO

¿Fue referido a nosotros por otra agencia? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuál? _____

¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? (opcional) SÍ NO Se niega a responder

¿Tiene mascotas que se moverá con usted? SÍ NO

A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR – Por favor, anote todos los nombres de quienes vivirán en la unidad, incluso a tiempo parcial

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Relación con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	# Seguro Social	Estudiante de Tiempo Completo Sí o No

- Estudiante de tiempo completo se define como cualquier individuo que asiste tiempo completo (por un mínimo de cinco meses por año) a una organización educativa que normalmente mantiene profesorado y un plan de estudios regulares. (Esto incluye a niños de kinder y escuela primaria).

Si todos los miembros del hogar son estudiantes como se define en la página anterior, responda a las siguientes preguntas marcando Sí" o "No". SÍ NO

1. ¿Ha sido o será un estudiante de tiempo completo durante cinco meses del presente año?
- En caso **afirmativo**, ¿quién? _____
2. ¿Recibe asistencia bajo el Título IV de la Ley de Seguro Social?
3. ¿Está inscrito en un programa de capacitación laboral que recibe asistencia bajo la Ley de Asociación de Capacitación Laboral, o bajo otras leyes federales, estatales o locales similares?
4. ¿Es usted madre soltera/padre soltero con hijos que no son dependientes de otra persona que no sea el padre/la madre de dichos hijos?
5. ¿Es usted dependiente de otra persona? En caso **afirmativo**, ¿quién?
6. ¿Está casado y es elegible para presentar una declaración conjunta de impuestos sobre los ingresos?....
7. ¿Está recibiendo o alguna vez ha recibido asistencia de cuidado de crianza (Foster)?.....

B. HISTORIAL DE RESIDENCIA – Los últimos 5 años (Si necesita espacio adicional, por favor adjunte un escrito separada):

Por favor proporcione información detallada sobre el lugar en el que ha vivido durante los últimos cinco años. Incluya los lugares donde vivió con amigos, familiares u otra persona e incluya la información de contacto como el "propietario". Si usted era dueño de una casa, complete la sección 1, tache las secciones restantes y marque la casilla en la parte inferior.

1. **Nombre del Propietario Actual** _____ Alquiler Mensual: \$ _____

Dirección del Propietario Actual _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación: Propietario Familiar Amigo Otro _____

Su dirección actual: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Propietario Actual: _____ Fechas de Residencia: _____ al _____

2. **Nombre del Propietario Anterior** _____ Alquiler Mensual: \$ _____

Dirección del Propietario Anterior _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación: Propietario Familiar Amigo Otro _____

Su dirección anterior: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Propietario Anterior: _____ Fechas de Residencia: _____ al _____

3. **Nombre del Propietario Anterior** _____ Alquiler Mensual: \$ _____

Dirección del Propietario Anterior _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación: Propietario Familiar Amigo Otro _____

Su dirección anterior: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Propietario Anterior: _____ Fechas de Residencia: _____ al _____

4. **Nombre del Propietario Anterior** _____ Alquiler Mensual: \$ _____

Dirección del Propietario Anterior _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación: Propietario Familiar Amigo Otro _____

Su dirección anterior: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Propietario Anterior: _____ Fechas de Residencia: _____ al _____

C. AUTO

Marca _____ Modelo _____ Año _____ # de placa _____
 Marca _____ Modelo _____ Año _____ # de placa _____

D. ELEGIBILIDAD para TODOS los miembros del hogar - ** Miembros no tienen que tener parentesco.**

- | | Sí | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido desalojado por falta de pago de alquiler o por daños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usa de forma ilegal usted o cualquier miembro de su hogar actualmente una sustancia controlada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es SÍ, ¿esa persona ha completado con éxito un programa de recuperación de sustancias controladas, o están actualmente inscritos en dicho programa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usted o algún miembro de su hogar alguna vez ha sido condenado por fabricación o distribución ilegal de una sustancia controlada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido desalojado de una vivienda con asistencia federal por actividades penales relacionadas con las drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito sexual o un crimen violento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usted o cualquier miembro de su hogar está obligado a inscribirse como Delincuente Sexual bajo cualquier programa Estatal de registro de delincuentes sexuales de por vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito grave, delito menos grave (que no sea violación de tráfico) o delito que involucre fraude o deshonestidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso AFIRMATIVO: ¿En cuál Estado? _____ ; Tipo de Condena _____ ; Fecha de Condena _____ | | |
| 8. ¿Usted o algún miembro de su familia abusa actualmente del alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Hay algún miembro de su familia actualmente acusado de actividad delictiva? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Algún miembro de su hogar ha sido alguna vez responsable de daños intencionales a la propiedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Entiende que sólo las personas que aparecen en esta solicitud pueden vivir en la unidad a menos que obtenga la aprobación previa por escrito de la administración? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Entiende que si se incluye información falsa o incompleta en esta solicitud, es motivo de rechazo de su solicitud o terminación de su arrendamiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E. INFORMACION DE INGRESOS Por favor, anote el nombre del miembro del hogar que recibe el tipo de ingreso y circule la fuente correcta. Si no hay ninguno, escriba N/A:

Nombre del Miembro del Hogar	Fuente de Ingreso	Monto Bruto Mensual
	Empleo	
	Desempleo – Compensación de Trabajadores	
	Seguro Social - SSI - SSD - SSDI	
	Cupones de Alimentos – Asistencia Pública	
	Manutención de los hijos - Pensión alimenticia	
	Apoyo familiar (no viven en la unidad)	
	Beneficios para Veteranos - Pago Militar	

	<i>Asistencia en Efectivo (AFDC-TANF-AABD)</i>	
	<i>Ingreso Estudiantil (Ayuda Financiera, becas, subvenciones)</i>	
	<i>Medicare - Medicaid</i>	
	<i>Pensiones - Anualidades - Seguro de Vida</i>	
	<i>Otro: Empleo Propio - Alquileres Inmobiliarios - Intereses de la Cuenta Bancaria</i>	
	<i>Pagos de suma global de herencias, ganancias de lotería, liquidaciones de seguros, ganancias de capital, etc.</i>	

F. Bienes Muebles: Anote todos los bienes muebles de los miembros del hogar:

Tipo de cuenta	Saldo de Cuenta	Lugar de la Cuenta	Dueño (Miembro del Hogar)	% Interés Anual
<i>Cuentas Corrientes</i>				
<i>Cuentas de Ahorro</i>				
<i>Acciones/Bonos/CD's</i>				
<i>Bienes Raíces</i>				
<i>Pensiones/Jubilación & Fideicomisos</i>				
<i>Efectivo</i>				
<i>Bienes Personales mantenidos como inversión</i>				
<i>Otros</i>				

¿Ha vendido o regaló bienes inmuebles u otros activos en los últimos dos años?

SI NO

En caso afirmativo, por favor explique:

G. Anote todos los estados en los que ha vivido o tenido una licencia para conducir en los últimos cinco años:

En Caso de Emergencia Notificar a:

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

PARA PERMANECER EN LA LISTA DE ESPERA DEBE PONERSE EN CONTACTO CON EL GERENTE PARA RESIDENTES Y ACTUALIZAR ESTA SOLICITUD CADA 90 DÍAS. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ESTÁ SOLICITANDO NOTIFICACIONES (INCLUIDA LA NOTIFICACIÓN TELEFÓNICA) RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD DE APARTAMENTOS HASTA EL MOMENTO EN QUE SEA ELIMINADO DE LA LISTA DE ESPERA O HAYA RECIBIDO VIVIENDA.

TENGA EN CUENTA: Esta es una solicitud preliminar. Se puede solicitar información adicional en una fecha posterior para completar el proceso de solicitud. Su firma a continuación certifica que las declaraciones hechas en esta aplicación son verdaderas y correctas, y da su consentimiento a la Administración para verificar la información contenida en esta aplicación, para ordenar informes de crédito y para solicitar antecedentes penales.

Firma del solicitante _____ Fecha _____
Firma del co-solicitante _____ Fecha _____
Firma de otro adulto _____ Fecha _____
Firma de otro adulto _____ Fecha _____

LOS APARTAMENTOS SE ALQUILAN A TODOS LOS SOLICITANTES ELEGIBLES DE ACUERDO CON LAS LEYES JUSTAS DE VIVIENDA

The Housing Company no discrimina por motivos de raza, color, credo, religión, sexo, edad, discapacidad, estado familiar, origen nacional o porque el solicitante es un beneficiario de asistencia pública federal, estatal o local.

DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE ADAPTACIONES RAZONABLES

The Housing Company no discrimina a las personas con discapacidad en sus servicios y estructuras de vivienda. The Housing Company proporciona igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidades y proporciona adaptaciones para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades a pedido si la adaptación es razonable y financieramente factible. La administración puede requerir la verificación de que el solicitante / residente está discapacitado y necesita alojamiento debido a la discapacidad, si la necesidad no es fácilmente evidente para la administración. Las solicitudes de alojamiento se procesarán lo más rápido posible. La persona en la posición que se nombra a continuación ha sido designada para coordinar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación contenidos en las regulaciones del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano que implementan la Sección 504 (24CFR, Part 8 con fecha del 2 de Junio, 1988). Posición: Gerente Regional de la Propiedad, The Housing Company, P. O. Box 6943, Boise, ID 83707-0943, Con voz: 208-331-4890, TDD: 800-545-1833, ext. 628