



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
	<i>Empleo</i>	
	<i>Desempleo – Compensación de Trabajadores</i>	
	<i>Seguro Social - SSI - SSD - SSDI</i>	
	<i>Cupones de Alimentos – Asistencia Pública</i>	
	<i>Manutención de los hijos - Pensión alimenticia</i>	
	<i>Apoyo familiar (no viven en la unidad)</i>	
	<i>Beneficios para Veteranos - Pago Militar</i>	

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

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 _____

<p><u>LOS APARTAMENTOS SE ALOQUILAN A TODOS LOS SOLICITANTES ELEGIBLES DE ACUERDO CON LAS LEYES JUSTAS DE VIVIENDA</u></p> <p>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.</p> <p><u>DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE ADAPTACIONES RAZONABLES</u></p> <p>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</p>
