

# Residencias YWCA en Ingalls Court 1 LLC

## Solicitud de vivienda de alquiler asequible

Para más información, llame al (978) 465-9922

**TTD/TELÉFONO 508-990-3010**

escriba claramente en letra de imprenta

Proyecto: Residencias YWCA en Ingalls Court 1, LLC Dirección: 14 Ingalls Court Methuen, MA 01844	Solicitud recibida: Fecha: _____ Hora: _____ Por: _____
<b>Devuelva la solicitud a</b> YWCA Gran Newburyport 13 Market Street Newburyport, MA 01950	<b>Información de remisión:</b> Agencia: _____ Contacto: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

### Su solicitud debe incluir:

*Por favor, marque los puntos adjuntos a continuación:*

- Formulario de solicitud firmado, incluidas todas las páginas. TODOS los miembros adultos de la unidad familiar deben firmar en la página 9
- Completar la sección de ingresos de la unidad familiar (página 6)
- Completar de todos los bienes de la unidad familiar, tal como se describen en la sección Bienes de la unidad familiar (páginas 7-8).

**LAS SOLICITUDES COMPLETADAS SE TRAMITARÁN POR ORDEN DE RECEPCIÓN. A LAS SOLICITUDES SE LES ASIGNARÁ UN NÚMERO PARA EL SORTEO Y LUEGO SE CONSERVARÁN EN EL ORDEN EN QUE HAYAN SIDO EXTRAÍDAS DURANTE EL SORTEO.**

Importante: Todos los campos deben rellenarse con la información solicitada o con "N/A" para "no aplicable."  
No deje campos en blanco.

Las solicitudes completadas pueden devolverse en persona o por correo a:

**YWCA Gran Newburyport**  
**13 Market Street, Newburyport, MA 01950**

La misión de la YWCA abarca el apoyo a la igualdad de acceso a todos sus programas. YWCA no discriminará por razón de género e invita a todos los interesados a solicitar este programa de vivienda asequible.



## Información sobre la unidad familiar

### A. Cabeza de familia

Nombre:			
Calle:			
Ciudad			
Provincia			Cheque Preferente Teléfono
Teléfono móvil			
Teléfono de casa			
Correo electrónico			

### B. Composición de la unidad familiar (todos los miembros de la unidad familiar deben tener 62 años o más en el momento de presentar la solicitud)

	Nombre	Relación con el jefe Jefe de familia	Fecha de nacimiento	¿Estudiante? S/N
1				
2				

Tenga en cuenta que, debido al tamaño de las unidades, hemos establecido un tamaño máximo de unidad familiar de 2 personas.

### C. Marketing afirmativo (opcional)

Por favor, complete la siguiente sección para ayudarnos a cumplir con los requisitos de marketing afirmativo (Sólo con fines informativos: las respuestas no afectarán a su solicitud, y la información puede ser utilizada para complementar la preferencia local de lotería):

#### Raza del cabeza de familia

- Negro o afroamericano
- Asiático
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

#### Origen étnico del cabeza de familia

- Otros (no blancos)
- Hispano o latino
- No hispano o latino



### D. Historial de alquileres

Propietario actual Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	¿Es ésta la dirección indicada anteriormente? _____ sí _____ no
Propietario anterior Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	Su dirección anterior Calle: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
Motivo de su marcha: _____	
Propietario anterior, por favor indique hasta hace cinco años Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	Su dirección Calle: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
Motivo de su marcha: _____	

Después de determinar su umbral de elegibilidad, contactaremos a los arrendadores para saber si hubo violaciones del contrato de arrendamiento, comportamientos perturbadores, malas prácticas de mantenimiento de la casa, o fueron desalojados por violación del contrato de arrendamiento o falta de pago del alquiler. También realizaremos una visita a su domicilio.

### E. Referencias personales

Proporcione referencias personales; si no ha vivido en un apartamento en los últimos cinco años, al menos dos de estas referencias no pueden ser familiares suyos.

Nombre	Dirección completa	Número de teléfono	Relación con el referido

### F. Condición sin hogar

Se han reservado cinco unidades para unidades familiares sin hogar. A continuación puede certificar que es una persona sin hogar. La condición de persona sin hogar **será requerida** por el trabajador social, gestor de casos, o profesional similar una vez que un apartamento está disponible.

Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Carezco de una residencia nocturna fija, regular y adecuada	<input type="checkbox"/> Tengo una residencia nocturna principal en un centro de acogida supervisado público o privado para alojamiento temporal.
<input type="checkbox"/> Vivo en un lugar público o privado que no está destinado ni se utiliza habitualmente como alojamiento habitual para personas.	<input type="checkbox"/> Estoy compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o un motivo similar.



	Vivo en un motel, hotel, parque de caravanas o camping porque no hay alojamiento adecuado.		
--	--	--	--

### G. Viviendas comunitarias

Cuatro unidades de un dormitorio reservadas para quienes reúnan los requisitos del programa de viviendas comunitarias (CBH). Estas unidades se comercializarán con lo siguiente

**Primera prioridad:** Las personas con discapacidad (tal como se define este término en 760 CMR 60.02) que viven en instituciones o están en riesgo de institucionalización y no son elegibles para el programa FCF según lo establecido en St. 2004, c.290, partida 4000-8200. De todas las personas elegibles para esta prioridad, se dará preferencia a aquellos con una necesidad documentada de las características especiales de diseño para las unidades que incorporan características especiales de diseño.

**b) Segunda prioridad:** Todas las personas con discapacidad que viven en instituciones o corren el riesgo de ser institucionalizadas.

**c) Tercera prioridad:** Todas las personas con discapacidad.

Los solicitantes que deseen obtener esta preferencia **DEBEN** completar el *Certificado de la Comisión de Rehabilitación de Massachusetts sobre la solicitud de viviendas comunitarias*, que se adjunta como apéndice a la solicitud.

Marque aquí todo lo que corresponda	
<input type="checkbox"/>	Soy discapacitado, vivo en una institución, corro el riesgo de ser internado <b>y necesito una unidad con características de diseño especiales</b>
<input type="checkbox"/>	Soy discapacitado, vivo en una institución, corro riesgo de institucionalización
<input type="checkbox"/>	Soy discapacitado

### H. Preferencia por discapacidad sensorial

Se comercializará una unidad preferencial para solicitantes con al menos un miembro con una discapacidad sensorial (auditiva o visual). Se **requerirá** el estado preferencial cuando un apartamento esté disponible. Un solicitante ciego no necesita dar documentación para esta preferencia.

Marque aquí todo lo que corresponda	
<input type="checkbox"/>	Tengo una discapacidad que requiere adaptaciones visuales
<input type="checkbox"/>	Tengo una discapacidad que requiere adaptaciones auditivas

### I. Preferencia local

Puede certificar que reúne los requisitos para la preferencia local. La condición de preferencia se **exigirá** una vez que haya un apartamento disponible. Tenga en cuenta que la preferencia local sólo se aplica a la lotería inicial. Los solicitantes elegidos a través de la lotería de preferencia local **NO** son elegibles para un vale de la Sección 8.

Marque aquí todo lo que corresponda	
<input type="checkbox"/>	Actualmente resido en la ciudad de Methuen.
<input type="checkbox"/>	Soy empleado municipal de la ciudad de Methuen o tengo una oferta válida para trabajar como empleado municipal.
<input type="checkbox"/>	Soy empleado de una empresa con operaciones en la ciudad de Methuen o tengo una oferta válida para trabajar en una empresa con operaciones en la ciudad de Methuen.
<input type="checkbox"/>	Tengo un hijo que asiste al sistema de escuelas públicas de Methuen.



**J. Preferencia para unidades familiares con personas con discapacidad que necesitan servicios ofrecidos en las Residencias YWCA en Ingalls Court de Element Care (24 CFR 983.251 (d)).**

Esta preferencia se aplica a todas las discapacidades que se beneficiarían de los servicios in situ de Residencias YWCA en Ingalls Court por Element Care 1.

Los solicitantes que deseen acogerse a esta preferencia **DEBEN** completar el *formulario de calificación de preferencia para unidades familiares de personas con discapacidad que necesiten servicios* que se adjunta como apéndice a la solicitud.

Marque aquí todo lo que corresponda	
<input type="checkbox"/>	Mi discapacidad interfiere en mi capacidad para obtener y mantener una vivienda
<input type="checkbox"/>	Sin los servicios ofrecidos por Element Care en las Residencias YWCA de Ingalls Court, no podría conseguir ni mantener una vivienda.

**K. Animales de servicio**

YWCA Residences at Ingalls Court 1 LLC sólo admite animales de servicio; no se permiten otras mascotas.

Tipo de animal de servicio	Necesidad de servicio

**L. ¿Dispone la unidad familiar de un vale federal o estatal de vivienda móvil?**

\_\_\_ Sí \_\_\_ No      Agencia: \_\_\_\_\_

YWCA no discriminará en función de la condición de titular de un vale móvil. Esta pregunta se hace con el único propósito de 1) determinar la capacidad de la unidad familiar solicitante para pagar el alquiler de una unidad que no tiene un subsidio basado en el proyecto o 2) asesorar a la unidad familiar solicitante que está solicitando una unidad con un subsidio de alquiler basado en el proyecto que si se mudan a una unidad de este tipo que ya tiene un subsidio con la unidad, se les requerirá por su agencia de vales a renunciar a su bono móvil.



# Ingresos de la unidad familiar

Las unidades familiares deben cumplir ciertos límites de ingresos para alquilar una unidad en Residencias YWCA en Ingalls Court 1. Los ingresos brutos de la unidad familiar se determinan de acuerdo a lo establecido en 24 CFR 5.609 y la Guía Técnica del HUD para la Determinación de Ingresos y Subsidios para el Programa HOME o cualquier normativa que la sustituya. Los ingresos brutos son los esperados de todas las fuentes, incluidos sueldos y salarios antes de deducciones, pago de horas extra, comisiones, propinas, honorarios y bonificaciones, y otras compensaciones por servicios personales, ingresos netos de negocios, ingresos por intereses y dividendos, seguridad social, ingresos de seguridad suplementarios, pagos de pensiones, por discapacidad, por desempleo, pensión alimenticia / manutención y prestaciones de veteranos, para **todos los miembros adultos de la unidad familiar, a menos que el miembro sea estudiante a tiempo completo**. En ese caso, los primeros 480 \$ de ingresos del estudiante se contabilizan en los ingresos de la unidad familiar. La totalidad de los ingresos de los estudiantes a tiempo completo que sean cabeza de familia o cónyuge debe contabilizarse en los ingresos. Los ingresos por bienes, definidos en la sección sobre bienes, se incluyen en los ingresos.

A continuación figura una lista de posibles fuentes de ingresos; esta lista no representa un listado completo de fuentes de ingresos.

Deben declararse todas las fuentes de ingresos.  
**Cuando haya un apartamento disponible, tendrá que presentar documentación para cada fuente de ingresos.**

## Hoja de cálculo de los ingresos familiares

<b>Miembro de la unidad familiar (Nombre):</b>			
Fuentes de ingresos	Bruto mensual	Fuentes de ingresos	Bruto mensual
Salarios		Desempleo	
Seguridad Social		TANF	
Pensión/A anualidad		Interés	
Pensión alimenticia		Otros:	
Prestaciones para veteranos		Otros:	
SSI o Suplemento		Otros:	
<b>Miembro de la unidad familiar (Nombre):</b>			
Fuentes de ingresos	Bruto mensual	Fuentes de ingresos	Bruto mensual
Salarios		Desempleo	
Seguridad Social		TANF	
Pensión/A anualidad		Interés	
Pensión alimenticia		Otros:	
Prestaciones para veteranos		Otros:	
SSI o Suplemento		Otros:	



## Patrimonio de la unidad familiar

---

Los ingresos incluyen los ingresos reales generados por activos líquidos, es decir, efectivo o activos que pueden convertirse fácilmente en efectivo, incluido el efectivo en cuentas corrientes de ahorro, certificados de depósito y cuentas del mercado monetario. También se contabilizan como activos 1) el valor de las participaciones inmobiliarias y otras formas de inversión de capital; 2) las cuentas restringidas, como las cuentas IRA, 401K o SEP, si el titular tiene acceso al fondo aunque pueda imponérsele una sanción; 3) los fondos de una pensión de jubilación que puedan retirarse antes de la jubilación o del cese de la relación laboral; 4) el valor en efectivo de una póliza de seguro de vida a disposición del solicitante antes del fallecimiento; 5) el valor en efectivo de un fideicomiso revocable; 6) los bienes personales mantenidos como inversión, como las piedras preciosas o una colección de monedas; y 7) los ingresos a tanto alzado, como herencias, premios de lotería, liquidaciones de reclamaciones de seguros y cualquier otra cantidad que no esté destinada a pagos periódicos. Cuando un activo produce pocos ingresos o ninguno, los ingresos imputados se calculan multiplicando el importe total de esos activos superiores a \$5,000 por el 1%. Este importe se incluye en la renta bruta.

A continuación figura una lista de posibles fuentes de activos; esta lista no representa un listado completo de fuentes de activos. Todos los activos deben ser declarados. Cuando se disponga de un apartamento, deberá presentar la documentación correspondiente a cada fuente de activos.



### Hoja de cálculo de los activos de la unidad familiar

	Nombre de la institución	Saldo \$
Cuenta corriente		
Cuenta de ahorro		
Cuenta fiduciaria		
Certificados de depósito		
Póliza de seguro de vida		
Fondos de inversión, acciones u obligaciones		
Cuentas restringidas (IRA, 401k o pensión)		
Bienes personales mantenidos como inversión (gemas, joyas, etc.)		
Otros:		

Propiedad inmobiliaria			
Si posee alguna propiedad			
Tipo de propiedad		Ubicación de la propiedad	
Valor de mercado tasado de la propiedad	\$	Préstamos hipotecarios o pendientes	\$
Valor del seguro anual	\$	Último recibo de impuestos	\$
¿Ha enajenado alguna propiedad en los dos últimos años?			
Valor de mercado en el momento de la venta	\$	Precio de venta	\$
Fecha de la transacción	/ /		

¿Algún miembro de la unidad familiar tiene un bien en propiedad conjunta con alguien que NO es miembro de la unidad familiar?			
Tipo de activo		Ubicación	
Valor de mercado tasado de la propiedad	\$	Préstamos hipotecarios o pendientes	\$
¿Tiene el miembro de la unidad familiar acceso al bien? ____ sí ____ no Por favor, explique: _____			

¿Ha enajenado otros bienes en los dos últimos años?			
Valor de mercado en el momento de la venta	\$	Precio de venta	\$
Fecha de la transacción	/ /	Descripción:	



## Certificación de la solicitud

**Este formulario debe ser firmado por todos los miembros adultos de la unidad familiar y devuelto junto con la solicitud.**

Ponga sus iniciales en cada uno de los siguientes puntos:

\_\_\_\_\_ Yo/nosotros certifico/certificamos que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi/nuestro leal saber y entender bajo pena total de perjurio. Entiendo/entendemos que dar información falsa puede conducir a la inelegibilidad del programa, así como a sanciones adicionales impuestas por las agencias reguladoras.

\_\_\_\_\_ Yo/nosotros entiendo/entendemos que el uso de esta solicitud es para la evaluación del inquilino para dar una oportunidad de alquilar una vivienda en Residencias YWCA en Ingalls Court 1 y no garantiza una oferta de alquiler.

\_\_\_\_\_ Yo/nosotros entiendo/entendemos que si mi/nuestra solicitud es seleccionada durante el proceso de lotería o llega a la cima de la lista de espera, yo/nosotros seré/seremos requeridos a dar documentación según las regulaciones de HUD para todas las preferencias seleccionadas y verificación de ingresos y bienes.

\_\_\_\_\_ Yo/nosotros entiendo/entendemos que si mi/nuestra solicitud es seleccionada durante el proceso de lotería o llega a la parte superior de la lista de espera, yo/nosotros estaremos sujetos a un proceso de selección de inquilinos que incluye Información de Registro de Delincuentes Criminales (CORI), crédito, propietarios, y referencias personales, así como una visita a domicilio.

\_\_\_\_\_ Certifico/certificamos que ningún miembro de nuestra familia tiene intereses financieros en la promoción.

**Ninguna solicitud estará completa sin que el solicitante o co-solicitante ponga sus iniciales en cada uno de los puntos anteriores y firme y feche la solicitud.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CO-SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

### Acomodación razonable

Las personas con discapacidades tienen derecho a solicitar un ajuste razonable en las normas, políticas, prácticas o servicios o a solicitar una modificación razonable en la vivienda cuando dichos ajustes o modificaciones puedan ser necesarios para ofrecer a las personas con discapacidades igualdad de oportunidades para usar y disfrutar de la vivienda. Las personas que soliciten una vivienda también pueden solicitar ajustes razonables para ayudarles con la solicitud.

### Igualdad de oportunidades en materia de vivienda

YWCA Greater Newburyport no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional o étnico, ciudadanía, ascendencia, clase, discapacidad, edad, ascendencia, hijos, estado familiar, información genética, estado civil, resiliencia a la asistencia pública, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, condición de veterano/militar, fuente de ingresos o cualquier otra base prohibida por la ley en cualquier aspecto de la selección de inquilinos o asuntos relacionados con la ocupación continuada.



# Certificado de la Comisión de Rehabilitación de MASS sobre la solicitud de vivienda comunitaria

Estimado certificador:

El Programa de Viviendas Comunitarias (CBH) proporciona viviendas asequibles a personas con discapacidad que viven en instituciones y buscan una alternativa en la comunidad o que corren el riesgo de ser internadas. El programa pretende garantizar que, gracias a la disponibilidad de CBH, las personas con discapacidad puedan vivir de forma tan independiente como les sea posible en sus propias unidades familiares.

Se le ha pedido que rellene esta certificación para la persona cuyo nombre figura a continuación, que solicita residir en una unidad financiada por CBH. Un firmante adecuado es un profesional licenciado en medicina, psicología o en salud mental y servicios humanos que conozca al individuo desde hace algún tiempo o una persona designada por MRC como certificador.

-----

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

- Sí  No El solicitante tiene una discapacidad definida como: Un individuo que tiene un impedimento físico o mental que es de una duración permanente o larga y continuada y que limita substancialmente una o más actividades principales de la vida es considerado una persona con una discapacidad, exceptuando individuos que son personas con discapacidades que son elegibles para viviendas desarrolladas con fondos de Facility Consolidation Funds (FCF); esta excepción es requerida por la legislación. Entre las principales actividades vitales se incluyen: el autocuidado, el aprendizaje, el lenguaje receptivo y expresivo, la movilidad, el funcionamiento cognitivo, la adaptación emocional y la autosuficiencia económica.
  
- Sí  No El solicitante no es elegible para una vivienda desarrollada con fondos del FCF, es decir, es un cliente actual del Departamento de Salud Mental o el Departamento de Retraso Mental. (Una respuesta afirmativa confirma que el solicitante NO es elegible para FCF)
  
- Sí  No El solicitante está internado o en riesgo de internamiento en un centro de enfermería, un centro de rehabilitación a largo plazo o un hospital.

Explicación (indique si la persona está institucionalizada actualmente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es veraz y exacta.

\_\_\_\_\_  
(Firma del profesional sanitario)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



# Formulario de preferencia para unidades familiares con personas con discapacidad que necesitan servicios

Para las Residencias YWCA en Ingalls Court 1, Element Care PACE será la organización que determine la discapacidad. Element Care PACE proveerá esta certificación firmada que atestigua o rechaza la necesidad de servicios de cada solicitante por dicha sección. Element Care PACE está regulado por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y seguirá los protocolos de CMS para determinar la discapacidad. Element Care PACE no cobrará a los solicitantes por esta determinación.

Este formulario **NO PUEDE** ser completado por el solicitante.

Completar este formulario **es gratuito** para el solicitante.

Los solicitantes pueden ponerse en contacto con Element Care PACE

**Teléfono: 978-645-2464 (x2464)**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Marque aquí todo lo que corresponda	
<input type="checkbox"/>	La discapacidad del solicitante interfiere en su capacidad para obtener y mantener una vivienda
<input type="checkbox"/>	Sin los servicios ofrecidos por Element Care en las Residencias YWCA en Ingalls Court, sería incapaz de obtener o mantener una vivienda
<input type="checkbox"/>	Según la información facilitada, el solicitante puede optar a Element Care PACE

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es veraz y exacta.

\_\_\_\_\_  
(Firma del profesional sanitario)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

