



**COMBINED BUILDING & HOUSING CONSULTANTS, INC.**



**EDIFICIO** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION** \_\_\_\_\_  
**TELEFONO** \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE VIVIENDA**

**PARTE I - INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del Solicitante:	_____	de	_____	de	_____
Nombre de la Esposa o Esposo:	_____				
Dirección:	_____		Solicitud Núm.:		
	_____		Teléfono:		
Patrono del Solicitante:	_____		Teléfono:		
Dirección:	_____				
	_____				
Arrendador Actual:	_____		Teléfono:		
Dirección:	_____				
	_____				
Persona Contacto:	_____		Teléfono:		
Dirección:	_____				
	_____				

1. Cuentas Bancarias:

- 1.1 Usted u otro miembro de la composición familiar tienen cuenta de ahorros. [ ] Sí [ ] No
- 1.2 Si la pregunta anterior es sí:  
 \_\_\_ Cuál miembro de la familia. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cuál es el número de cuenta. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cuál es el balance actual. \_\_\_\_\_
- 1.3 Usted u otro miembro de la composición familiar tienen Cuenta de Cheques. [ ] Sí [ ] No
- 1.4 Si la pregunta anterior es sí:  
 \_\_\_ Cuál miembro de la familia. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cuál es el número de cuenta. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cuál es el balance actual. \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cuál es el balance promedio de los últimos seis (6) meses \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Proveer copia de los últimos seis (6) Estados de la cuenta.
- 1.5 Usted u otro miembro de la composición familiar tienen certificado de depósito. [ ] Sí [ ] No
- 1.6 Si la pregunta anterior es sí:  
 \_\_\_ Cuál miembro de la familia. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cuál es el número de cuenta. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cuál es el balance actual. \_\_\_\_\_
- 1.7 Usted u otro miembro de la composición familiar tienen cuenta IRA. [ ] Sí [ ] No

1.8 Si la pregunta anterior es sí:

- \_\_\_ Cuál miembro de la familia. \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Cuál es el número de cuenta. \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Cuál es el balance actual. \_\_\_\_\_

2. Ingresos que recibe usted u otro miembro de su composición familiar:

- 2.1 Es dueño de negocio. [ ] Sí [ ] No  
2.2 Trabaja tiempo completo [ ] Sí [ ] No  
2.3 Trabaja tiempo parcial [ ] Sí [ ] No  
2.4 Recibe salarios, propinas, bono o comisiones por cualquier tipo de trabajo. [ ] Sí [ ] No  
2.5 Trabaja para alguien que le paga en efectivo. [ ] Sí [ ] No  
2.6 Recibe beneficios de compensación por desempleo. [ ] Sí [ ] No  
2.7 Recibe compensación por trabajo. [ ] Sí [ ] No  
2.8 Recibe pago por *Alimony*. [ ] Sí [ ] No  
2.9 Recibe asistencia pública. [ ] Sí [ ] No  
2.10 Recibe Seguro Social. [ ] Sí [ ] No  
2.11 Recibe pagos SSI. [ ] Sí [ ] No  
2.12 Recibe pagos de pensión. [ ] Sí [ ] No  
2.13 Recibe pagos de anualidades. [ ] Sí [ ] No  
2.14 Recibe pagos de un seguro. [ ] Sí [ ] No  
2.15 Recibe contribuciones regularmente de personas u organizaciones fuera de su familia. [ ] Sí [ ] No  
2.16 Recibe paga militar. [ ] Sí [ ] No  
2.17 Recibe otro tipo de ingresos que no se mencionen aquí. [ ] Sí [ ] No  
2.18 Tiene negocio propio. [ ] Sí [ ] No  
2.19 Personas fuera de su composición familiar pagan sus facturas. [ ] Sí [ ] No  
2.20 Recibe dinero de personas fuera de su composición familiar. [ ] Sí [ ] No  
2.21 El año pasado radicó una planilla de contribución sobre ingresos. [ ] Sí [ ] No

3. Bienes (Assets) de usted o algún miembro de su composición familiar:

- 3.1 Tiene intereses en propiedades. [ ] Sí [ ] No  
3.2 Ha vendido o regalado una propiedad u otro bien dentro de los pasados 2 años. [ ] Sí [ ] No  
3.3 Posee los siguientes activos.  
\_\_\_ Acciones [ ] Sí [ ] No  
\_\_\_ Bonos [ ] Sí [ ] No  
\_\_\_ Certificados de Ahorro [ ] Sí [ ] No  
\_\_\_ IRA O Keogh Plan [ ] Sí [ ] No  
\_\_\_ Fideicomiso [ ] Sí [ ] No  
\_\_\_ Herencia, pago "*Lump sum*", Lotería [ ] Sí [ ] No  
3.4 Recibe ingresos de sus activos.  
\_\_\_ Cuenta de cheques o ahorro [ ] Sí [ ] No  
\_\_\_ Alquiler de Propiedad [ ] Sí [ ] No  
\_\_\_ Dividendos de inversiones [ ] Sí [ ] No

4. Gastos que tiene usted o algún miembro de su composición familiar:

- 4.1 Paga por cuidado para que un miembro de la composición familiar pueda trabajar. [ ] Sí [ ] No

4.2 Paga por equipo para atender necesidades por impedimento.  Sí  No

5. Gastos Médicos:

- 5.1 Paga medicare.  Sí  No
- 5.2 Paga Plan de Medicamentos Parte D Medicare.  Sí  No
- 5.2 Paga plan médico privado o suplementario.  Sí  No
- 5.3 Recibe beneficios de la Reforma de Salud.  Sí  No
- 5.4 Tiene que pagar gastos médicos adicionales.  Sí  No
- 5.5 Anticipa que tendrá que pagar gastos médicos adicionales en los próximos 12 meses.  Sí  No
- 5.6 Algún miembro de la composición familiar tiene impedimentos.  Sí  No
- 5.7 Tiene gastos relacionados con impedimentos.  Sí  No

6. Alquiler de Vivienda anterior:

Usted o un miembro de su composición familiar:

- 6.1 Han sido desahuciados anteriormente.  Sí  No
- 6.2 Ha pagado tarde su renta.  Sí  No
- 6.3 Ha violado el contrato de arrendamiento de otro Arrendador.  Sí  No
- 6.4 Debe dinero por daños a la propiedad.  Sí  No
- 6.5 Debe dinero de renta.  Sí  No

7. Programa de Integridad:

Usted o un miembro de su composición familiar:

- 7.1 Ha utilizado un nombre diferente al que utiliza ahora.  Sí  No
- 7.2 Ha usado un número de seguro social diferente.  Sí  No
- 7.3 Ha sido arrestado por algún tipo de actividad criminal.  Sí  No
- 7.4 Ha sido convicto por preparar sustancias controladas.  Sí  No
- 7.5 Usa sustancias controladas ilegales.  Sí  No
- 7.6 Ha sido usted o cualquier otro miembro de su composición familiar (18 años o más) Registrado bajo el Programa de Ofensores Sexuales en cualquier estado o territorio de los Estados Unidos de América.  Sí  No

8. Acomodo Razonable:

8.1 Usted o algún miembro de su composición familiar, que, por su impedimento, requiere que la vivienda tenga facilidades que permitan el Acomodo Razonable.  Sí  No

8.2 Si la pregunta anterior es **Sí**:

\_\_\_\_ Cuál o cuáles son las facilidades que necesita: \_\_\_\_\_

9. Mercadeo:

9.1 ¿Cómo usted se enteró que el edificio provee vivienda de interés social a personas mayores de 62 años?

\_\_\_\_ Anuncio en el periódico, radio, televisión y/o hoja suelta

\_\_\_\_ Rótulo del Edificio

\_\_\_\_ Referido por agencia gubernamental u otro contacto en la comunidad

\_\_\_\_ A través de amigos o parientes

\_\_\_\_ Otro: Especifique: \_\_\_\_\_

### ADVERTENCIA AL SOLICITANTE

Penalidades por Cometer fraude: Cualquier persona, que con el propósito de influenciar al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), a Puerto Rico Housing Finance Authority (PRHFA) o a Combined Building, haga o prevea cualquier declaración o información, teniendo conocimiento de que la misma es falsa, podrá ser:

- < acusado y procesado bajo las disposiciones de la Sección 1001 de la Ley de Congreso de los Estados Unidos, (*Section 1001, Of Title 18, U.S.C.*) y sentenciado a pagar \$5,000, o un término de prisión de no más de dos (2) años, o ambas penas;
- < ser desahuciado;
- < requerírsele pagar todo el dinero recibido demás por asistencia de renta que no le corresponda;
- < que se le prohíba recibir asistencia en el futuro.

En Puerto Rico hay leyes y penalidades análogas.

### CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Al firmar, **certifico** que he completado este formulario y que las contestaciones que he brindado son ciertas y están completas dentro de mi mejor entendimiento. Autorizo a que verifiquen toda la información que contiene la Solicitud y la que contienen todos los documentos que he sometido como complemento de la misma. Estoy conforme en que esta Solicitud es y quedará como propiedad de ustedes, sea o no aprobada la misma.

Como Solicitante elegible ocuparé la unidad como residencia permanente y no mantendré una unidad de vivienda en otro lugar diferente.

Como Solicitante elegible certifico que la información en esta Solicitud es requerida por el dueño del edificio para asegurarse que cumple con la reglamentación federal prohibiendo el discrimen contra los Solicitantes y Arrendatarios por raza, color, origen nacional, religión, sexo, status familiar, edad, grado académico e impedimento. No estoy requerido a proveer información de raza y etnia, si la proveo, es voluntariamente. La misma no será utilizada para evaluar mi solicitud o para discriminar en mi contra o en otra manera alguna.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Jefe de Familia

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Pareja

### CERTIFICACIÓN DEL(A) ADMINISTRADOR(A)

El Solicitante completó los requisitos de elegibilidad el \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ [ ] a.m. [ ] p.m. y pasó a la Lista de Espera.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Administrador