

SAVIN HILL

APARTMENTS

Este documento es una traducción de un documento legal emitido por el HUD. El HUD le proporciona esta traducción únicamente para ayudarle a entender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y predominante. Este documento traducido no es un documento oficial.

130 Auckland Street, Dorchester, MA 02125
Tel: 617-288-5418 | TTY: 711 | Fax: 617-825-8324
savinhillapts.com | cmjapts.com



Corcoran Jennison Companies and its affiliates do not discriminate on the basis of disability status in the admission or access to, or treatment or employment in, its federally assisted programs and activities.



SAVIN HILL

APARTMENTS

This is an important document. If you require interpretation, please call the telephone number below.
Este es un documento importante. Si necesita interpretación, por favor llame al número de teléfono que aparece abajo.

這是一個重要文件。如果你需要解釋，請撥打下面的電話號碼。

Isto é um documento importante. Se exige interpretação, por favor chama o número de telefone embaixo.

Это важный документ. Если вам требуется толкование, пожалуйста, позвоните по указанному ниже телефону.

Đây là một tài liệu quan trọng. Nếu bạn yêu cầu giải thích, xin vui lòng gọi số điện thoại dưới đây.

Sa a se yon dokiman enpòtan. Si ou bezwen entèpretasyon, tanpri rele nimewo telefòn ki anba a.

أدناه الهاتف رقم على الاتصال يرجى، تفسير إلى تحتاج كنت إذا. هامة وثيقة هو هذا

Αυτό είναι ένα σημαντικό έγγραφο. Αν χρειάζονται ερμηνεία, καλέστε τον αριθμό τηλεφώνου παρακάτω

Teléfono: 617-288-5418

Adjunto encontrará la Solicitud de Alquiler que ha pedido. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:

- ❖ Las solicitudes deben rellenarse en su totalidad. Las solicitudes incompletas se devolverán al solicitante. No deje espacios en blanco. Si una pregunta no aplica a usted, márkela como “N/A” o “Ninguno”.
 - ❖ Los solicitantes deben ser determinados como elegibles y calificados de acuerdo con los reglamentos del Programa de la Sección 8 del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD). Para calificar para vivienda, el jefe de familia, cónyuge, o único miembro debe ser una persona que tenga al menos 62 años de edad o que tenga una discapacidad. HUD define a una persona con discapacidad como aquella que tiene un impedimento físico, mental, o emocional que: (A) limita de manera considerable una o más actividades importantes de la vida (B) tiene un historial por tener dicho impedimento o (C) se considera que tiene dicho impedimento.
 - ❖ Los requisitos de elegibilidad de ingresos son los siguientes:
- | <u>Número de Personas</u> | <u>Máximo Ingreso Anual</u> | <u>Número de Personas</u> | <u>Máximo Ingreso Anual</u> |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1 | \$57,100 | 4 | \$81,600 |
| 2 | \$65,300 | 5 | \$88,150 |
| 3 | \$73,450 | 6 | \$94,700 |
- ❖ Por favor, incluya información de todos los miembros del hogar de 18 años o más que tengan planeado vivir en el apartamento. Todos los miembros del hogar de 18 años o más deben colocar su firma y fecha en la solicitud.
 - ❖ Es su responsabilidad comunicarse con la Oficina de Administración por escrito cuando haya un cambio en su dirección, número telefónico, situación de ingresos o composición del hogar. La notificación de dicho cambio debe ser por escrito y enviarse a:

Savin Hill Apartments
Att: Waitlist Administration
130 Auckland Street, Dorchester, MA 02125

- ❖ Actualizamos nuestras listas de espera anualmente. Los solicitantes que no devuelvan una solicitud completa y actualizada en el plazo indicado serán eliminados de la lista de espera.
- ❖ Se notificará a los solicitantes sobre su estatus una vez que se acerquen a la parte superior de la lista.
- ❖ Savin Hill Apartments es una comunidad libre de humo.



130 Auckland Street, Dorchester, MA 02125
Telf. 617-288-5418 Fax 617-825-8324 TTY: 711
savinhillapts.com | cmjapts.com

SOLICITUD DE ALQUILER

La administración facilitará ayuda para la revisión de este documento. Si es necesario, las personas con discapacidades pueden solicitar este tipo de solicitud en letra grande, u otros formatos alternativos.

Solicitante: _____

Nombre

Inicial del Segundo

Apellido

Dirección Actual: _____

Calle

Apt. #

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección Anterior: _____

Calle

Apt. #

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Móvil: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

¿Cómo se enteró de esta urbanización? _____

Tamaño del Apartamento que se Necesita: 1 Hab. 2 Hab. 3 Hab.

¿Califica usted, su cónyuge o único miembro como persona con discapacidad según lo definido por HUD en la pág. 1?
Sí No

Tipo de Unidad Solicitada: Unidad Adaptada para Silla de Ruedas: Sí No
Unidad Adaptada para Discapacidad Auditiva: Sí No
Unidad Adaptada para Discapacidad Visual: Sí No

REFERENCIAS: Indique el nombre completo y la dirección de los propietarios y otros lugares en los que ha vivido durante los últimos 5 años o las dos últimas residencias (incluya refugios).

PROPIETARIO ACTUAL:

Nombre: _____ # de Tel. _____ # de Fax _____

Dirección del Propietario: _____

Calle

Apt. #

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Le alquilan el apartamento? Sí No De ser NO, explique: _____

¿Actualmente tiene contrato de alquiler? Sí No De ser SÍ, cuándo expira: _____



Duración del alquiler: Desde _____ Hasta _____ Monto de la renta por mes \$ _____

¿Incluyendo servicios públicos? Sí No ¿Usted paga el alquiler a tiempo? Sí No

Motivo de la salida: _____

PROPIETARIO ANTERIOR

Nombre: _____ # de Tel. _____ # de Fax _____

Dirección del Propietario: _____
Calle Apt. # Ciudad Estado Código Postal

Dirección del Solicitante: _____
Calle Apt. # Ciudad Estado Código Postal

¿Le alquilaban el apartamento? Sí No De ser NO, explique: _____

¿Tenía un contrato para entonces? Sí No De ser SÍ, ¿permaneció durante su vigencia? Sí No

Duración del alquiler: Desde _____ Hasta _____ Monto de la renta por mes \$ _____

¿Incluyendo servicios públicos? Sí No ¿Usted pagaba el alquiler a tiempo? Sí No

Motivo de la salida: _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR – Complete la siguiente información correspondiente a todas las personas que vivirán con usted (incluya a los niños por nacer y ayudantes que vivan con usted). Si usted prevé cambios en la composición del hogar en los siguientes 12 meses, incluya a todas las personas que espera que vivan con usted.

Por favor indique los números de seguro social de usted y todos los miembros del hogar, excepto de aquellos miembros que no aleguen un estatus de inmigración elegible.

Al 31 de enero de 2010, ¿tenía usted 62 años o más y recibía asistencia de alquiler de HUD en otro lugar? Sí No
De ser sí, proporcione información. Esta información es necesaria a fin de verificar si usted califica para la exención de revelar y proporcionar la verificación de un número de seguro social.

	NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO	RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	SEXO (Opcional)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTATUS DE ESTUDIANTE S/N FT/PT ¹		Discapacitado S/N
1		Jefe de Familia						
2								
3								
4								
5								
6								

*La información proporcionada bajo la columna de 'sexo' es para efectos demográficos y es opcional.

** El Agente de Administración no discriminará basándose en el estatus de discapacidad.

¹ FT – Tiempo Completo. PT – Tiempo Parcial



INGRESOS (de TODOS los miembros del hogar)

¿Cuáles son los ingresos anuales totales de todos los miembros del hogar? Incluya sueldos, salarios, pago de horas extras, comisiones, honorarios, propinas y bonificaciones, asistencia social, seguro social, SSI, pensiones, beneficios de veteranos, compensación por discapacidad, compensación por desempleo, pensión alimenticia, manutención de menores, rentas vitalicias, dividendos, ingresos de bienes raíces, ingresos netos de operación de negocios y salario militar.

TOTAL \$ _____

FUENTES DE INGRESOS – Por favor, indique las fuentes de ingresos de TODOS los miembros del hogar.

NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO	FUENTE DE INGRESOS	MONTO ANUAL BRUTO
	Seguro Social	\$
	Seguro Social	\$
	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$
	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$
	Empleo: Nombre del Empleador _____	\$
	Empleo: Nombre del Empleador _____	\$
	Empleo: Nombre del Empleador _____	\$
	Pensión / Renta Vitalicia / Fideicomiso	\$
	Pensión / Renta Vitalicia / Fideicomiso	\$
	Asistencia Pública (TANF / AFDC)	\$
	Compensación por Desempleo	\$
	Indemnización por Accidente de Trabajo	\$
	Manutención de Menores	\$
	Pensión Alimenticia	\$
	Asistencia Financiera Estudiantil	\$
	Otro (Por favor, especifique)	\$
	Otro (Por favor, especifique)	\$

ACTIVOS - Indique los activos de TODOS los miembros del hogar (incluya: cuentas corrientes, de ahorro, IRA, cuentas de mercado monetario, acciones, bonos, certificados, fideicomisos y bienes raíces).

NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO/FUENTE	SALDO	INTERÉS ANUAL, DIVIDENDOS, ETC.
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

CERTIFICACIÓN DE ACTIVOS ENAJENADOS POR UN VALOR MENOR AL DE MERCADO

¿Ha enajenado algún activo por un valor menor al de mercado en los últimos 24 meses? Sí No

De ser así, describa a continuación cuáles activos fueron enajenados por un valor menor al de mercado:

ACTIVO ENAJENADO	FECHA DE ENAJENACIÓN	VALOR JUSTO DE MERCADO	MONTO RECIBIDO
			\$
			\$
			\$



INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Usted o algún miembro de su hogar está sujeto a un requisito de registro estatal de delincuente sexual de por vida en algún estado? Sí No De ser Sí, indique el nombre de la(a) persona(s) y el (los) estado(s): _____

Proporcione una lista de todos los estados en los que usted o algún miembro del hogar ha vivido: _____

¿Usted o algún miembro de su hogar es un veterano militar? Sí No ¿Cuál Rama? _____

¿Actualmente tiene una mascota doméstica? Sí No De ser Sí, ¿qué tipo? _____

¿Usted o algún miembro de su hogar actualmente recibe Asistencia de Vivienda Federal (HUD) o Estatal? Sí No De ser Sí, indique los miembros del hogar y el tipo de asistencia que se está recibiendo: _____

¿Usted o algún miembro del hogar alguna vez ha sido desalojado o retirado de manera involuntaria de una vivienda alquilada debido a fraude, falta de pago de alquiler, falta de cooperación con los procedimientos de recertificación, o por cualquier otro motivo? Sí No De ser Sí, por favor explique: _____

¿Usted o algún miembro de su hogar alguna vez ha sido condenado por un delito grave? Sí No De ser Sí, explique: _____

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA

Declaro que tanto yo como cada miembro de mi hogar es (somos):

- Un ciudadano o nacional de los Estados Unidos.
- Un no ciudadano con estatus de inmigración no elegible.

NOTA: Se le pedirá que envíe verificación de su estatus de inmigración elegible para cada miembro de su hogar.

- Un no ciudadano que no declara estatus de inmigración elegible.

NOTA: Es posible que no sea elegible para viviendas con subsidio federal.

INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA JUSTA/IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Corcoran Jennison Companies (CJ) y sus filiales no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, ascendencia, hijos, situación familiar, información genética, estado civil, condición de beneficiario de asistencia pública, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, estatus de veterano/militar o cualquier otro motivo prohibido por la ley en el acceso o admisión a la Urbanización, su empleo o en sus programas, actividades, funciones o servicios.

La persona abajo nombrada se ha designado para coordinar el cumplimiento con los requisitos contra la discriminación contenidos en los reglamentos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano que implementan la Sección 504 (24 CFR, parte 8 con fecha de 2 de junio de 1988).

Marie Morreale
Coordinadora 504/ADA
Corcoran Jennison Companies
150 Mt. Vernon Street, Suite 520
Boston, MA 02125

Teléfono: 617-822-7381 / Fax: 617-822-7302 / TTY: 711



Sección Opcional: La información se usará para programas de vivienda justa solo según lo requerido por las Leyes Estatales y Federales.

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza: Indígena americano/Nativo de Alaska

Asiático (○ Indio Asiático, ○ Japonés, ○ Chino, ○ Coreano, ○ Filipino, ○ Vietnamita, ○ Otro Asiático)

Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico (○ Nativo Hawaiano, ○ Samoano, ○ Guameño, Chamorro, ○ Otro Isleño del Pacífico)

Blanco

Otro

No deseo suministrar la información anterior

DERECHO A UN ALOJAMIENTO RAZONABLE

Corcoran Jennison Companies (CJ) y sus filiales considerarán un alojamiento razonable, previa solicitud, para personas calificadas con discapacidades cuando un alojamiento sea necesario, no solo deseable, a fin de garantizar la igualdad de acceso a la urbanización, sus instalaciones, servicios y programas. Las adaptaciones razonables pueden incluir cambios en el edificio, el terreno o una unidad individual y cambios en las políticas, prácticas y procedimientos.

¿Algún miembro del hogar tiene alguna solicitud de accesibilidad o alojamiento razonable, o cambios en una unidad, urbanización o formas alternativas en las que tengamos que comunicarnos con usted? Sí No

De ser Sí, por favor explique: _____

Certificación de Solicitante: (Todos los solicitantes de 18 años o más deben firmar esta solicitud).

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que esta es una solicitud preliminar. Yo/Nosotros también entiendo/entendemos que se puede solicitar información adicional en una fecha posterior para completar el procesamiento.

Yo/nosotros certifico/certificamos que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y completa, a mi/nuestro leal saber y entender. Yo/nosotros entiendo/entendemos y otorgo/otorgamos permiso para que toda la información anterior sea verificada por el propietario/agente. Yo/nosotros entiendo/entendemos y otorgo/otorgamos permiso para contactar a cualquier referencia arriba mencionada y para obtener reportes de consumidor, los cuales pueden incluir historial de crédito, historial de pagos de renta, información de antecedentes penales y registro de delincuentes sexuales sobre mí y sobre cualquier miembro de la familia mencionado en esta solicitud.

Reconozco/reconocemos que la información falsa, incompleta o confusa en este documento puede constituir un motivo de rechazo de esta solicitud y es sancionable bajo la legislación estatal y federal aplicable.

Firma de Jefe de Familia

Fecha

Firma de Cónyuge o Jefe Conjunto

Fecha

Firma de otro adulto

Fecha



Información de Contacto Complementaria y Opcional para los Solicitantes de Vivienda Asistida de HUD

SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VIVIENDA ASISTIDA FEDERALMENTE

Este formulario debe proporcionarse a cada solicitante de vivienda asistida federalmente

Instrucciones: Persona u Organización de Contacto Opcional: Usted tiene derecho por ley a incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número telefónico y otros datos relevantes de un miembro de la familia, un amigo o una organización social, de salud, de defensoría o de otro tipo. Esta información de contacto tiene por finalidad identificar a una persona u organización que pueda ayudar a resolver cualquier problema que pueda surgir durante su arrendamiento o ayudar a proporcionar cualquier atención o servicio especial que pueda necesitar. **Usted puede actualizar, retirar, o cambiar la información que proporcione en este formulario en cualquier momento.** Usted no está obligado a suministrar esta información de contacto, pero si elige hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del Solicitante:	
Dirección Postal:	
Número Telefónico:	Número de Teléfono Celular:
Nombre de Persona u Organización de Contacto Adicional:	
Dirección:	
Número Telefónico:	Número de Teléfono Celular:
Dirección de Correo Electrónico (si corresponde):	
Relación con el Solicitante:	
Motivo de Contacto: (Marque todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con Proceso de Recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible contactarle	<input type="checkbox"/> Cambio en términos de contrato
<input type="checkbox"/> Terminación de la asistencia con el alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago tardío de alquiler	
Compromiso de la Autoridad de la Vivienda o del Propietario: Si se le aprueba la vivienda, esta información se mantendrá como parte de su expediente de inquilino. Si surgen problemas durante su arrendamiento o si necesita algún servicio o atención especial, podemos ponernos en contacto con la persona u organización que haya indicado para que nos ayude a resolver los problemas o a prestarle algún servicio o atención especial.	
Declaración de Confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no se revelará a nadie, excepto a las personas permitidas por el solicitante o la ley aplicable.	
Notificación Legal: El Artículo 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario del año 1992 (Ley Pública 102-550 aprobada el 28 de octubre de 1992) requiere que a cada solicitante de viviendas asistidas por el gobierno federal se le ofrezca la opción de dar información con respecto a una persona de contacto u organización adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de viviendas accede a cumplir con los requisitos de no discriminación e igualdad de oportunidades de 24 CFR, sección 5.105, incluyendo las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en los programas de vivienda asistida por el gobierno federal sobre la base de raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y situación familiar bajo a la Ley de Viviendas Justas y la prohibición de discriminación por edad bajo la Ley de Discriminación por Edad del año 1975.	

Marque esta casilla si elige no suministrar la información de contacto.

--	--

Firma del Solicitante**Fecha**

Los requisitos de recopilación de información incluidos en este formulario se entregaron a la Oficina de Administración y Presupuesto de conformidad con los términos de la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). El tiempo de presentación de información del público se estima en 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. El Artículo 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (42 U.S.C. 13604) impuso al HUD la obligación de exigir a los proveedores de vivienda que participan en los programas de vivienda asistida del HUD que proporcionen a cualquier persona o familia que solicite la ocupación de una vivienda asistida por el HUD la opción de incluir en la solicitud de ocupación el nombre, dirección, teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo o persona asociada con una organización social, de salud, defensoría u otra organización similar. El objetivo de proporcionar esta información es facilitar el contacto del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el inquilino para ayudar a prestar cualquier servicio o atención especial al inquilino y ayudar a resolver cualquier problema de arrendamiento que surja durante el arrendamiento de dicho inquilino. El proveedor de viviendas debe conservar esta información adicional complementaria y la mantendrá con carácter confidencial. El suministro de esta información es esencial para las operaciones del Programa de Viviendas Subsidiadas del HUD, y es voluntario. Es un apoyo para los requisitos legales, el programa y los controles administrativos que evitan fraudes, derroches y la administración deficiente. De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites, una agencia no podrá llevar a cabo ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, la recolección de información, a menos que la recopilación muestre un número de control válido de la OMB.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recopilar información (con excepción del Número de Seguro Social (SSN)) que será utilizada por el HUD para proteger los datos de desembolsos contra acciones fraudulentas. Formulario HUD-92006 (05/09)

SAVIN HILL

APARTMENTS

This is an important document. If you require interpretation, please call the telephone number below.

Este es un documento importante. Si necesita interpretación, por favor llame al número de teléfono que aparece abajo.

這是一個重要文件。如果你需要解釋，請撥打下面的電話號碼。

Isto é um documento importante. Se exige interpretação, por favor chama o número de telefone embaixo.

Это важный документ. Если вам требуется толкование, пожалуйста, позвоните по указанному ниже телефону.

Đây là một tài liệu quan trọng. Nếu bạn yêu cầu giải thích, xin vui lòng gọi số điện thoại dưới đây.

Sa a se yon dokiman enpòtan. Si ou bezwen entèpretasyon, tanpri rele nimewo telefòn ki anba a.

أدناه الهاتف رقم على الاتصال يرجى، تفسير إلى تحتاج كنت إذا هامة وثيقة هو هذا

Αυτό είναι ένα σημαντικό έγγραφο. Αν χρειάζονται ερμηνεία, καλέστε τον αριθμό τηλεφώνου παρακάτω

Telephone: 617-288-5418

Enclosed please find the Rental Application you requested. Please note the following:

- ❖ Applications must be completed in full. Incomplete applications will be returned to the applicant. Do not leave any blank spaces. If a question does not apply to you, please mark it "N/A" or "None".
- ❖ Applicants must be determined eligible and qualified in accordance with the regulations of the HUD Section 8 Program. To qualify for housing, the head, spouse or sole member must be a person who is at least 62 years of age or disabled. HUD defines a person with a disability as having a physical, mental, or emotional impairment that: (A) substantially limits one or more major life activities (B) has a record of having such impairment or (C) is regarded as having such impairment.
- ❖ The income eligibility requirements are as follows:

<u>Number of Persons</u>	<u>Maximum Annual Income</u>	<u>Number of Persons</u>	<u>Maximum Annual Income</u>
1	\$57,100	4	\$81,600
2	\$65,300	5	\$88,150
3	\$73,450	6	\$94,700

- ❖ Please include information for all household members 18 years of age and older who are planning to reside in the apartment. All household members 18 years of age and older must sign and date the application.
- ❖ It is your responsibility to contact the Management Office in writing whenever there is a change in your address, phone number, income situation or household composition. Notification of such change must be in writing and mailed to:

**Savin Hill Apartments
Att: Waitlist Administration
130 Auckland Street
Dorchester, MA 02125**

- ❖ We update our waiting lists on an annual basis. Applicants who do not return a complete updated application within the specified timeframe will be removed from the waiting list.
- ❖ Applicants will be notified of their status once they are close to the top of the waiting list.
- ❖ Savin Hill Apartments is a Smoke-Free Community.



130 Auckland Street, Dorchester, MA 02125
P. 617-288-5418 F. 617-825-8324 TTY: 711
savinhillapts.com | cmjapts.com

RENTAL APPLICATION

Management will provide help in reviewing this document. If necessary, persons with disabilities may ask for this application in large print type, or other alternate formats.

Applicant: _____
 First MI Last

Present Address: _____
 Street Apt. # City State Zip

Previous Address: _____
 Street Apt. # City State Zip

Home Tel: _____ Work Tel: _____ Cell Tel: _____

Email Address: _____

How did you hear about this development? _____

Size of Apartment Needed: 1 BR 2 BR 3 BR

Do you, your spouse or sole member qualify for a person with a disability as defined by HUD on pg. 1?
 Yes No

Unit Type Requested: Wheelchair Adapted Unit: Yes No
 Hearing Adapted Unit: Yes No
 Visual Adapted Unit: Yes No

REFERENCES: Provide the full name and address of landlords and other places you have lived over the last 5 years or past two residences (include shelters).

PRESENT LANDLORD:

Name: _____ Tel. # _____ Fax # _____

Landlord Address: _____
 Street Apt. # City State Zip

Is apartment rented to you? Yes No If NO, explain: _____

Are you presently under lease? Yes No If YES, when does lease expire: _____

Length of tenancy: From _____ To _____ Amount of rent per month \$ _____



Including utilities? Yes No Do you pay rent in a timely manner? Yes No

Reason for leaving: _____

PREVIOUS LANDLORD

Name: _____ Tel # _____ Fax # _____

Landlord Address: _____
 Street Apt. # City State Zip

Applicant Address: _____
 Street Apt. # City State Zip

Was apartment rented to you? Yes No If NO, explain: _____

Were you then under a lease? Yes No If YES, did you remain for its term? Yes No

Length of tenancy: From _____ To _____ Amount of rent per month \$ _____

Including utilities? Yes No Did you pay rent in a timely manner? Yes No

Reason for leaving: _____

FAMILY COMPOSITION – Complete the following information for all persons who will live with you (include unborn children and live-in aides). If you anticipate any household composition change in the next 12 months, please include all persons you expect to live with you.

Please provide social security numbers for you and all household members, except those members who do not contend eligible immigration status.

As of January 31, 2010, were you 62 or older and receiving HUD rental assistance at another location? Yes No
 If yes, please provide information. This information is needed in order to verify whether you qualify for the exemption from disclosing and providing verification of a social security number.

	MEMBER'S FULL NAME	RELATIONSHIP TO HEAD OF HOUSEHOLD	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)	SEX (Optional)	SOCIAL SECURITY NUMBER	STUDENT STATUS		Disabled Y/N
						Y/N	FT/PT	
1		Head of Household						
2								
3								
4								
5								
6								

*The information provided under the column 'sex' is for demographic purposes and is optional.

** The Management Agent will not discriminate based on disability status.



INCOME (for ALL household members)

What is the total annual income for all household members? Include wages, salaries, overtime pay, commissions, fees tips and bonuses, welfare assistance, social security, SSI, pensions, veteran’s benefits, disability compensation, unemployment compensation, alimony, child support, annuities, dividends, income from real estate, net income from operation of business and military pay.

TOTAL \$ _____

SOURCES OF INCOME – Please list income sources for ALL household members.

MEMBER’S FULL NAME	SOURCE OF INCOME	GROSS ANNUAL AMOUNT
	Social Security	\$
	Social Security	\$
	Supplemental Security Income (SSI)	\$
	Supplemental Security Income (SSI)	\$
	Employment: Name of Employer_____	\$
	Employment Name of Employer_____	\$
	Employment: Name of Employer_____	\$
	Pension / Annuity / Trust	\$
	Pension / Annuity / Trust	\$
	Public Assistance (TANF / AFDC)	\$
	Unemployment Compensation	\$
	Worker’s Compensation	\$
	Child Support	\$
	Alimony	\$
	Student Financial Assistance	\$
	Other (Please specify)	\$
	Other (Please specify)	\$

ASSETS - Please list the assets of ALL household members (include: checking, savings, IRAs, money market accounts, stocks, bonds, certificates, trusts and real estate).

MEMBER’S FULL NAME	TYPE OF ACCOUNT	SOURCE/BANK NAME	BALANCE	ANNUAL INTEREST, DIVIDENDS, ETC.
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

CERTIFICATION OF ASSETS DISPOSED OF FOR LESS THAN FAIR MARKET VALUE

Have you disposed of any assets for less than fair market value in the preceding 24 months? Yes No
 If yes, please describe below which assets were disposed of for less than fair market value:

ASSET DISPOSED OF	DATE OF DISPOSITION	FAIR MARKET VALUE	AMOUNT RECEIVED
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$



ADDITIONAL INFORMATION

Are you or any member of your household subject to a state lifetime sex offender registration requirement in any state? Yes No If YES, please list the name of the person(s) and the state(s): _____

Please provide list of all states in which you or any household member has resided: _____

Are you or any member of your household a military veteran? Yes No What Branch? _____

Do you currently have a household pet? Yes No If YES, what type? _____

Are you or any member of your household currently receiving Federal (HUD) or State Housing Assistance? Yes No If YES, list the household members and type of assistance being received: _____

Have you or any household members ever been evicted or otherwise involuntarily removed from rental housing due to fraud, non-payment of rent, failure to cooperate with recertification procedures, or for any other reason? Yes No If YES, please explain: _____

Have you or any member of your household ever been convicted of a felony? Yes No If YES, please explain: _____

CITIZENSHIP DECLARATION

I declare I and each member of my household is (are):

1. A citizen or national of the U.S.
2. A noncitizen with eligible immigration status.

NOTE: You will be required to send verification of your eligible immigration status for each member of your household.

3. A noncitizen not claiming eligible immigration status.

NOTE: You may not be eligible for residency in federally-subsidized housing.

EQUAL OPPORTUNITY / FAIR HOUSING INFORMATION

Corcoran Jennison Companies (CJ) and its affiliates does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, ancestry, children, familial status, genetic information, marital status, public assistance reciprocity, religion, sex, sexual orientation, gender identity, veteran/military status, or any other basis prohibited by law in the access or admission to the Development, its employment, or in its programs, activities, functions, or services.

The person named below has been designated to coordinate compliance with the nondiscrimination requirements contained in the Department of Housing and Urban Development's regulations implementing Section 504 (24 CFR, part 8 dated June 2, 1988).

Marie Morreale
504/ADA Coordinator
Corcoran Jennison Companies
150 Mt. Vernon Street, Suite 520
Boston, MA 02125

Phone: 617-822-7381 / Fax: 617-822-7302 / TTY: 711



Optional Section: Information will be used for fair housing programs only as required by State and Federal Laws.

- Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino
- Race: American Indian/Alaska Native
 Asian (Asian Indian, Japanese, Chinese, Korean, Filipino, Vietnamese, Other Asian)
 Black or African American
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Native Hawaiian, Samoan, Guamanian
 Other Pacific Islander) Chamorro
- White
 Other
 I do not wish to furnish the above information.

RIGHT TO A REASONABLE ACCOMMODATION

Corcoran Jennison Companies (CJ) and its affiliates will consider a reasonable accommodation, upon request for qualified people with disabilities when an accommodation is necessary, not just desirable, to ensure equal access to the development, its amenities, services, and programs. Reasonable accommodations may include changes to the building, grounds, or an individual unit and changes to policies, practices, and procedures.

Does any member of the household have any accessibility or reasonable accommodation requests or changes in a unit or development or alternate ways we need to communicate with you? Yes No

If YES, please explain: _____

Certification of Applicant: (All applicants 18 years of age or older must sign this application.)

I/We understand that this is a preliminary application. I/We also understand that additional information may be requested at a later date to complete the processing.

I/We hereby certify that the information furnished on this application is true and complete, to the best of my/our knowledge and belief. I/We understand and grant permission for all the above information to be verified by the owner/agent. I/We understand and grant permission to contact any references listed above and to obtain consumer reports, which may include credit history, rental payment history, criminal background information, and sex offender registration for me and any household member listed on this application.

I/We acknowledge that false, incomplete or misleading information herein may constitute grounds for rejection of this application and are punishable under applicable State and Federal law.

Signature of head of household

Date

Signature of spouse or co-head

Date

Signature of other adult

Date

Please return completed application to the Management Office at the address above, fax to 617-825-8324 or email to savinhill@cjmanagement.com.



Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:	
Mailing Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
Name of Additional Contact Person or Organization:	
Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
E-Mail Address (if applicable):	
Relationship to Applicant:	
Reason for Contact: (Check all that apply)	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process
<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms
<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Late payment of rent	
Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.	
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.	
Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.	

Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

Signature of Applicant

Date

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions. Form HUD- 92006 (05/09)