

_____ Studio _____ 1 Bedroom _____ 2 Bedroom _____ 3 Bedroom _____ 4 Bedroom _____ Add on to existing household	<b>**Office Use Only**</b>	Received Date: _____ Time: _____ am/pm Initials: _____ Prospect #: _____
--	----------------------------	---

## RENTAL APPLICATION

Applicant's Name: _____	Return to: _____
Mailing Address: _____	_____
_____	_____
Home Phone: _____	Phone #: _____ / TTY 711
Cell Phone: _____	Fax #: _____
Message Phone: _____	Email Address: _____
Email Address: _____	Website: _____

**Instructions:**

- It is important that all information on the Rental Application be legible, complete, and correct. False, incomplete, or misleading information will cause us to reject your application. **Do not leave any sections blank.**
- The following will be needed for all adult household members: copies of state issued picture identification; proof of age if required for elderly property program eligibility (birth certificate or another acceptable document)
- The following will be needed for all household members: disclosure of social security numbers, except those members who do not contend eligible immigration status, or who were 62 years of age and receiving HUD rental assistance at another location on January 31, 2010.
- It is your responsibility to notify us when any of the information contained in this application changes (i.e., contact information, family size, income amounts, etc.). Failure to do so may result in the rejection of your Rental Application.
- It is your responsibility to contact us within 48 hours after we call you about an apartment, or we will move to the next applicant on the Waiting List.

*This property does 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. You may contact our 504 Coordinator, Dustin Tucker, at 2929 3rd Avenue North, Suite 538; Billings, MT 59101; dtucker@tamarackpm.com; (406) 252-3773 / TTY 711 for assistance. Language interpreters and/or translated documents are available upon request. Intérpretes de la lengua y documentos traducidos están disponibles a petición. Alternate formats are available upon request.*

### Household Information

List all individuals that are applying to live in this apartment. Include live-in aides / attendants. <sup>(1)</sup> **Response Optional**

Name <i>First, Middle Initial, Last</i>	Aliases <i>Maiden / other legal names</i>	Date of Birth	Age	Social Security Number	Relationship to Head of Household	Gender <sup>1</sup> M / F / P <small>P=Prefer not to disclose</small>	Is the Individual:		
							A Student (Y/N)	Military Veteran (Y/N)	Disabled (Y/N) <sup>1</sup>
					Self				

*This institution is an equal opportunity provider*



## Select the apartment size(s) you wish to apply for:

**Apartment Size\*** (Indicate 1 for 1<sup>st</sup> Choice, 2 for 2<sup>nd</sup>, 3 for 3<sup>rd</sup>)

Note: If you do not pick your order of apartment size preference, we will pick for you

- \_\_\_\_\_ Studio (1-3 person household)
- \_\_\_\_\_ 1 Bedroom (1-3 person household)
- \_\_\_\_\_ 2 Bedroom (2-5 person household)
- \_\_\_\_\_ 3 Bedroom (3-7 person household)
- \_\_\_\_\_ 4 Bedroom (4-9 person household)

\*Be advised that not all apartment sizes listed may be available at this property. Please reference the Resident Selection Plan for apartment sizes or the property website to view floorplans.

Tell us when you want to move into the property (i.e., ASAP, specific date, etc.): \_\_\_\_\_

How did you hear about the property? \_\_\_\_\_

**Residence Information:** We will verify the most recent 36 consecutive months of addresses / rental history for the **head of household, co-head, spouse, and all other adult household members**. Please make sure each member accounts for this entire period of time. If we are unable to verify the information you have given us through third parties, we may ask you to provide evidence of what you are disclosing (see the Resident Selection Plan for details). You may obtain additional Residence Information Forms from the office if your household had more than five residences in the last 36 months. If any adult member did not live with you during the last 36 months, he or she may write their name under "Previous Residence" and provide the information below. If there is not enough room to provide information on all adult members for 36 months, please request an additional Residence Information Form.

<b>Current Residence</b>	Street Address	City	State	Zip
--------------------------	----------------	------	-------	-----

Date In	Reason for Leaving	Landlord /Verifier Name	Landlord/Verifier Phone ( )
---------	--------------------	-------------------------	--------------------------------

Rent  Own  Other (specify): \_\_\_\_\_ Monthly Payment: \$ \_\_\_\_\_

Do all applicant household members reside here?  Yes  No If no, who does not? \_\_\_\_\_

<b>Previous Residence</b>	Street Address	City	State	Zip
---------------------------	----------------	------	-------	-----

Date In	Date Out	Reason for Leaving	Landlord /Verifier Name	Landlord/Verifier Phone ( )
---------	----------	--------------------	-------------------------	--------------------------------

Rent  Own  Other (specify): \_\_\_\_\_ Monthly Payment: \$ \_\_\_\_\_

Did all applicant household members reside here?  Yes  No If no, who did not? \_\_\_\_\_

<b>Previous Residence</b>	Street Address	City	State	Zip
---------------------------	----------------	------	-------	-----

Date In	Date Out	Reason for Leaving	Landlord /Verifier Name	Landlord/Verifier Phone ( )
---------	----------	--------------------	-------------------------	--------------------------------

Rent  Own  Other (specify): \_\_\_\_\_ Monthly Payment: \$ \_\_\_\_\_

Did all applicant household members reside here?  Yes  No If no, who did not? \_\_\_\_\_

<b>Previous Residence</b>	Street Address	City	State	Zip
---------------------------	----------------	------	-------	-----

Date In	Date Out	Reason for Leaving	Landlord /Verifier Name	Landlord/Verifier Phone ( )
---------	----------	--------------------	-------------------------	--------------------------------

Rent  Own  Other (specify): \_\_\_\_\_ Monthly Payment: \$ \_\_\_\_\_

Did all applicant household members reside here?  Yes  No If no, who did not? \_\_\_\_\_

<b>Previous Residence</b>	Street Address	City	State	Zip
---------------------------	----------------	------	-------	-----

Date In	Date Out	Reason for Leaving	Landlord /Verifier Name	Landlord/Verifier Phone ( )
---------	----------	--------------------	-------------------------	--------------------------------

Rent  Own  Other (specify): \_\_\_\_\_ Monthly Payment: \$ \_\_\_\_\_

Did all applicant household members reside here?  Yes  No If no, who did not? \_\_\_\_\_

*This institution is an equal opportunity provider*



## Household Questions

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If approved for move-in, will this be your household's only residence?
		<b>If no, explain:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are there any absent household members that would normally live with you (for example, active-duty military or living in a nursing home), or household members that will live with you less than full-time?
		<b>If yes, explain:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you expect any changes to your household composition in the next twelve (12) months?
		<b>If yes, explain:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is there anyone living with you now who will not be living with you at this community?
		<b>Name of Member Leaving:</b> <b>Reason:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If you have minor children, do you have full legal custody? <input type="checkbox"/> N/A
		<b>If no, what percentage of the time are they with you?                      % of the time</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you claiming eligibility as an elderly person?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you claiming eligibility as a disabled person?

## Resident History

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you or any member of your household had your assistance or tenancy in a subsidized housing program terminated for a program violation or cause in the last three years?
		<b>If yes, please explain:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has any member of your household been evicted from housing for drug-related or other criminal activity in the last three years?
		<b>If yes, please explain, and indicate if the issue was caused by a household member not moving in with you:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you or any member of your household owe money to USDA Rural Development, apartment community, previous landlord or utility company?
		<b>If yes, please explain:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently making payments to the satisfaction of the party to whom you owe money? <input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you or any member of your household ever lived on this property before?
		<b>If yes, name of household member(s):</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you or any member of your household rented from a property managed by Tamarack Property Management Co. or Northwest Real Estate Capital Corp before?
		<b>If yes, name of household member(s) and property name(s):</b>

*This institution is an equal opportunity provider*



## Rental Assistance

<b>Yes</b>	<b>No</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Will your household be receiving other rental assistance from a federal, state, or local government?
		<b>If yes, name of program/agency:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently receiving rental assistance from the property where you are living?

## Income and Asset Information

Please disclose all gross income & benefits (amount before deductions) received by members of your household on a recurring basis:

Income sources to consider:

- Employment wages & tips, SSA benefits, rental income, pensions, unemployment, recurring gifts, etc.

Household Member	Income or Benefit Source Name	Amount Received (before deductions)		Frequency (hourly, weekly, bi-weekly, semi-monthly, monthly, etc.)	Total Monthly Income
		\$	Per		
		\$	Per		\$
		\$	Per		\$
		\$	Per		\$
		\$	Per		\$
		\$	Per		\$
		\$	Per		\$

Asset types to consider:

- Checking/savings accounts, cash, CDs, money market accounts, stocks, bonds, retirement accounts, real estate, etc.
- Please disclose all assets owned in full or in part by members of your household.

Household Member	Type of Asset	Bank Name/Asset Location	Current Value
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

## Property Policies

<b>Yes</b>	<b>No</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had bed bugs in your current dwelling in the last six (6) months? (We ask this question to be prepared to work with you to eliminate this problem, not to disqualify your application.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you plan to have a pet? (Subject to approval under the Pet Rules; <i>not all properties allow pets, please refer to Resident Selection Plan</i> )
		<b>If yes, number of pets and type of pets:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you understand that this property has a no smoking policy?

This institution is an equal opportunity provider



## Reasonable Accommodations/Modifications

<b>Yes</b>	<b>No</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you or any household member need the features of an apartment home adapted for wheelchair use or sensory impairments?
		<b>If yes, select type:</b> <input type="checkbox"/> Mobility Accessible <input type="checkbox"/> Vision Accessible <input type="checkbox"/> Hearing Accessible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you or any household member have special housing needs or need a reasonable accommodation or modification to live here? Examples might be a live-in aide, assistance animal or grab bar. If yes, complete the following:
		<b>Member Name:</b>
		<b>Describe What Is Needed:</b>

## Criminal History

<b>Yes</b>	<b>No</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is any member of your household subject to State lifetime sex offender registration in any state?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is any member of your household subject to sex or violent offender registration of any kind?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has any member of your household been convicted of the production or manufacture of methamphetamines?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is any member of your household currently using, selling, or distributing, or in possession of, an illegal drug (under state or federal laws) or illegal drug paraphernalia or facing drug related charges?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other than minor traffic violations, are there any criminal convictions* (misdemeanor or felony) or pending charges* not already disclosed for any household member? <b>If yes, provide a complete list:</b>		
Name:	Year:	Crime:	City:	State:
Name:	Year:	Crime:	City:	State:
Name:	Year:	Crime:	City:	State:
Name:	Year:	Crime:	City:	State:
Name:	Year:	Crime:	City:	State:
Name:	Year:	Crime:	City:	State:

*Note: Marking "yes" does not necessarily mean that you or your household will be disqualified, and you are encouraged to submit supplemental evidence to explain, justify or negate the relevance of a potentially negative criminal record and/or pending charges to assist in processing your application expediently. If you are currently facing criminal charges and are participating in a diversion conditional discharge or deferral of judgment program on the charges, please include evidence of your participation with your application.*

Management will perform criminal background checks during the application stage to determine if any member of your household, including live-in aides/attendants, is subject to a lifetime registration requirement under any State sex offender registration program, or is otherwise ineligible under our Resident Selection Plan. Criminal background checks must be performed in this state and in all states where all household members have resided. Please provide a complete list of all states in which each household member (including minors) has resided.

Household Member Name <i>(Include Middle Initial)</i>	States where member has lived

Household Member Name <i>(Include Middle Initial)</i>	States where member has lived

*This institution is an equal opportunity provider*



## Statements by all Household Members

Applicant represents all of the above statements are true and correct. Applicant authorizes verification of the above information including but not limited to references, criminal history, credit records, civil court records and income & asset information through third party sources; releases from liability all persons and entities requesting or supplying information; and acknowledges this information may be released to appropriate Federal, state, or local agencies. Applicant acknowledges that false, incomplete, or misleading information constitutes grounds for rejection of this application; and discovery of false, incomplete, or misleading information discovered after occupancy may result in termination of the right of occupancy of all occupants. **Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to willfully falsify a material fact or make false statement in any matter within the jurisdiction of a federal agency.**

I have reviewed the Resident Selection Plan, which summarizes the procedures for processing applications, and understand it is available to me upon request. I understand that I must notify management in writing if there are any changes in household address, telephone numbers, income, and household composition and that I must respond to Waiting List update requests to remain on the Waiting List.

**NOTE:** If an apartment is available (or will be soon), we must collect more detailed information from you during the Application Interview and verify all information. Verifications are valid for up to 180 (90 days for written and an additional 90 days for verbal re-verification) days from the date received by the site office. If verifications are over 90 days old, they will have to be re-verified. Please be aware that being placed on the Waiting List does not indicate that you are eligible to receive housing at this property. Only after all required information has been received and verified can you be determined eligible. Failure to remain eligible as determined by the Resident Selection Plan will result in your Rental Application being rejected.

**CERTIFICATION:** I certify under penalties of perjury that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that I can be fined up to \$10,000 or imprisoned up to five years or lose the subsidy the government agency pays and have my portion of the rent increased if I furnish false or incomplete information.

Signature – Household Member	Date	Signature – Household Member	Date
------------------------------	------	------------------------------	------

Signature – Household Member	Date	Signature – Household Member	Date
------------------------------	------	------------------------------	------

### Attachment(s):

- Release of Information Authorization (NT 11-07.O-T)
- Things You Should Know About USDA Rural Rental Housing
- Supplement to Application for Federally Assisted Housing

*This institution is an equal opportunity provider*



### Household Makeup

The information regarding race, ethnicity, and sex designation solicited on this application is requested in order to assure the Federal Government, acting through the Rural Housing Service that the Federal laws prohibiting discrimination against tenant applications on the basis of race, color, national origin, religion, sex, familial status, age, and disability are complied with. You are not required to furnish this information but are encouraged to do so. This information will not be used in evaluating your application or to discriminate against you in any way. However, if you choose not to furnish it, the owner is required to note the race, ethnicity, and sex of individual applicants on the basis of visual observation or surname.

Household Member	Ethnicity (select one)	Race (Mark all that apply)	Gender:
	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (1) <input type="checkbox"/> Asian (2) <input type="checkbox"/> Black or African American (3) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander (4) <input type="checkbox"/> White (5) <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose
	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (1) <input type="checkbox"/> Asian (2) <input type="checkbox"/> Black or African American (3) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander (4) <input type="checkbox"/> White (5) <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose
	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (1) <input type="checkbox"/> Asian (2) <input type="checkbox"/> Black or African American (3) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander (4) <input type="checkbox"/> White (5) <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose
	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (1) <input type="checkbox"/> Asian (2) <input type="checkbox"/> Black or African American (3) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander (4) <input type="checkbox"/> White (5) <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose
	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (1) <input type="checkbox"/> Asian (2) <input type="checkbox"/> Black or African American (3) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander (4) <input type="checkbox"/> White (5) <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose
	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (1) <input type="checkbox"/> Asian (2) <input type="checkbox"/> Black or African American (3) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander (4) <input type="checkbox"/> White (5) <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose
	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (1) <input type="checkbox"/> Asian (2) <input type="checkbox"/> Black or African American (3) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander (4) <input type="checkbox"/> White (5) <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to disclose

Signature

Date

Signature

Date

Signature

Date

Signature

Date

*This institution is an equal opportunity provider*



_____ Studio _____ 1 Bedroom _____ 2 Bedroom _____ 3 Bedroom _____ 4 Bedroom _____ Add on to existing household	<b>**Para uso de oficina solamente**</b>	Received Fecha: _____ Time: _____ am/pm Initials: _____ Prospect #: _____
--	--	--

## SOLICITUD DE ALQUILER

Nombre del solicitante: _____	Regresar a: _____
Dirección postal: _____	_____
_____	_____
Teléfono de casa: _____	Nº de teléfono: _____ / TTY 711
Teléfono celular: _____	Nº de fax #: _____
Teléfono para mensajes: _____	Correo electrónico: _____
Correo electrónico: _____	Página web: _____

**Instrucciones:**

- Es importante que toda la información en la Solicitud de alquiler sea legible, completa y correcta. La información falsa, incompleta o engañosa hará que rechacemos su solicitud. **No deje ninguna sección en blanco.**
- Todos los miembros adultos del núcleo familiar (a partir de ahora denominado hogar) deben presentar lo siguiente: copia de una identificación con foto emitida por una entidad estatal; verificación de edad, si corresponde, para determinar su elegibilidad en las propiedades para adultos mayores (puede ser el certificado de nacimiento u otro documento aceptable)
- Todos los miembros del hogar deben presentar lo siguiente: divulgación de los números de seguro social, excepto aquellos miembros que no mantienen un estatus migratorio elegible o que tenían 62 años y estaban recibiendo asistencia de alquiler del HUD en otro lugar a fecha del 31 de enero del 2010.
- Es su responsabilidad avisarnos cuando se produce algún cambio en cualquier información incluida en esta solicitud (por ej. la información de contacto, el tamaño de la familia, los ingresos, etc.). No cumplir con esto puede resultar en el rechazo de su Solicitud de alquiler.
- Es su responsabilidad comunicarse con nosotros en un plazo de 48 horas desde que le llamamos respecto a un apartamento, o de lo contrario procederemos al próximo solicitante en la lista de espera.

*Esta propiedad no discrimina por motivos de condición de discapacidad para la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en los programas y las actividades que reciben asistencia federal. Si necesita ayuda puede comunicarse con nuestro Coordinador 504, Dustin Tucker, en 2929 3rd Avenue North, Suite 538; Billings MT 59101; dtucker@tamarackpm.com; (406) 252-3773 / TTY 711. Si se solicita, hay intérpretes y/o documentos traducidos. También hay formatos alternativos bajo petición previa.*

### Información del hogar

Incluya a todos los individuos que solicitan vivir en este apartamento. Incluya a los auxiliares/ayudantes personales internos (*live-in aides en inglés*) <sup>(1)</sup>

**Respuesta opcional**

Nombre <i>Nombre, inicial del segundo nombre, apellido</i>	Alias <i>Apellido de soltera/otros nombres legales</i>	Fecha de nacimiento	Edad	Número de seguro social	Parentesco con el cabeza del hogar	Genero <sup>1</sup> H / M / P P=Prefiere no revelar	El individuo es:		
							Un estudiante (S/N)	Veterano militar (S/N)	Discapacitado (S/N) <sup>1</sup>
					Usted				

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee*





## Seleccione el/los tamaño(s) de apartamento que desea solicitar:

**Tamaño del apartamento\*** (Indicar 1 para 1ª elección, 2 para 2ª, 3 para 3ª)

Aviso: Si usted no elige el orden de preferencia en tamaño de apartamento, nosotros elegiremos por usted

- |       |                |                         |
|-------|----------------|-------------------------|
| _____ | Estudio        | (hogar de 1-3 personas) |
| _____ | 1 habitación   | (hogar de 1-3 personas) |
| _____ | 2 habitaciones | (hogar de 2-5 personas) |
| _____ | 3 habitaciones | (hogar de 3-7 personas) |
| _____ | 4 habitaciones | (hogar de 4-9 personas) |

\*Tenga en cuenta que puede ser que no todos los tamaños de apartamentos estén disponibles en esta propiedad. Consulte el Plan de selección de residentes para informarse sobre los tamaños de apartamentos o la página web para ver los planos.

Díganos cuándo desea mudarse a la propiedad (por ej. lo antes posible, fecha específica, etc.): \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de esta propiedad? \_\_\_\_\_

**Información de residencia:** Verificaremos las direcciones/historial de alquiler del **cabeza del hogar, co-cabeza, esposo(a) y el resto de los miembros adultos del hogar**, durante los 36 meses consecutivos anteriores. Asegúrese de que cada miembro tiene información para el periodo de tiempo completo. Si no podemos verificar la información que nos entrega a través de terceros, podemos pedirle que proporcione evidencia de lo que nos revela (consulte el Plan de selección de residentes para obtener más detalles). Si su hogar ha vivido en más de cinco residencias en los últimos 36 meses, puede obtener formularios adicionales de Información de residencia en la oficina. Si algún miembro adulto no vivía con usted durante ese periodo de tiempo, la persona puede escribir su nombre bajo "Residencia anterior" y proporcionar la información a continuación. Si no hay suficiente espacio para brindar la información de todos los miembros adultos por 36 meses, solicite un formulario adicional.

<b>Residencia actual</b>		Dirección (calle y número)		Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de entrada	Razón por la que se muda		Nombre del propietario/verificador		Teléfono del propietario/verificador ( )	
<input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residen aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió no, ¿quién no vive ahí?						
<b>Residencia anterior</b>		Dirección (calle y número)		Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de entrada	Fecha de salida	Razón por la que se fue	Nombre del propietario/verificador		Teléfono del propietario/verificador ( )	
<input type="checkbox"/> Alquilaba <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residían aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió no, ¿quién no vivía ahí?						
<b>Residencia anterior</b>		Dirección (calle y número)		Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de entrada	Fecha de salida	Razón por la que se fue	Nombre del propietario/verificador		Teléfono del propietario/verificador ( )	
<input type="checkbox"/> Alquilaba <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residían aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió no, ¿quién no vivía ahí?						
<b>Residencia anterior</b>		Dirección (calle y número)		Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de entrada	Fecha de salida	Razón por la que se fue	Nombre del propietario/verificador		Teléfono del propietario/verificador ( )	
<input type="checkbox"/> Alquilaba <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residían aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió no, ¿quién no vivía ahí?						
<b>Residencia anterior</b>		Dirección (calle y número)		Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de entrada	Fecha de salida	Razón por la que se fue	Nombre del propietario/verificador		Teléfono del propietario/verificador ( )	
<input type="checkbox"/> Alquilaba <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residían aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió no, ¿quién no vivía ahí?						

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee*



## Preguntas sobre el hogar

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si se aprueba su solicitud, ¿será esta la única residencia para los miembros de su hogar?
		<b>Si respondió no, explique:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay algún miembro del hogar en la actualidad que está ausente pero que normalmente viviría con usted (por ej. militar en servicio activo o que vive en un asilo de ancianos) o algún miembro del hogar que vivirá con usted menos de tiempo completo?
		<b>Si respondió sí, explique:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Espera algún cambio en la composición de su hogar en los próximos doce (12) meses?
		<b>Si respondió sí, explique:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay alguien que viva con usted ahora pero que no vivirá con usted en esta comunidad?
		<b>Nombre del miembro que se va a ir: Razón:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene hijos menores de edad ¿tiene la custodia legal? <input type="checkbox"/> N/A
		<b>Si respondió no, ¿qué porcentaje del tiempo están con usted? % del tiempo</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está usted alegando elegibilidad como adulto mayor?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está usted alegando elegibilidad como persona discapacitada?

## Historial del residente

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En los últimos tres años ¿Se le ha cancelado a usted o a algún miembro de su hogar su asistencia o su tenencia en un programa de vivienda subsidiada por haber cometido una violación del programa o por otra causa?
		<b>Si respondió sí, explique:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de su hogar ha sido desalojado de la vivienda por actividades relacionadas con drogas u otras actividades criminales en los últimos tres años?
		<b>Si respondió sí, explique e indique si el problema fue causado por un miembro del hogar que no se va a mudar con usted:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o algún otro miembro de su hogar debe dinero al Desarrollo Rural del USDA, la comunidad de apartamentos, el propietario anterior o algún servicio público?
		<b>Si respondió sí, explique:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está haciendo pagos en la actualidad a satisfacción de la parte a la que debe dinero? <input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o algún miembro del hogar han vivido en esta propiedad antes?
		<b>Si respondió sí, indique el nombre del/de los miembro(s) del hogar:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o cualquier miembro de su hogar ha alquilado antes en una propiedad administrada por Tamarack Property Management Co. o Northwest Real Estate Capital Corp.?
		<b>Si respondió sí, indique el nombre del/de los miembro(s) del hogar y el nombre de la(s) propiedad(es):</b>

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee*



## Asistencia de alquiler

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hogar va a recibir otra asistencia de alquiler de alguna agencia del gobierno local, estatal o federal?
		<b>Si respondió sí, indique el nombre del programa/agencia:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está recibiendo algún tipo de asistencia de alquiler en la propiedad donde vive ahora?

## Información sobre ingresos y bienes (activos)

Incluya todos los ingresos y beneficios brutos (cantidad antes de las deducciones) que reciben los miembros del hogar de forma periódica:

Fuentes de ingresos que debe considerar:

- Salarios y propinas por empleo, beneficios de seguro social, ingresos por alquileres, pensiones, desempleo, donaciones recurrentes etc.

Miembro del hogar	Nombre de la fuente de ingresos o beneficios	Importe que recibe (antes de las deducciones)		Frecuencia (por hora, semanal, quincenal, bimensual etc.)	Ingreso mensual total
		\$	Por		
		\$	Por		\$
		\$	Por		\$
		\$	Por		\$
		\$	Por		\$
		\$	Por		\$
		\$	Por		\$

Tipos de bienes que debe considerar:

- Cuentas corrientes/ahorro, dinero en efectivo, CDs, cuentas en el mercado monetario, acciones, bonos, cuentas de jubilación, propiedades inmobiliarias, etc.
- Incluya todos los bienes que los miembros del hogar poseen en su totalidad o parcialmente.

Miembro del hogar	Tipo de bien (activo)	Nombre del banco/ubicación del bien	Valor actual
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

## Políticas de la propiedad

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido chinches en su vivienda actual en los últimos seis (6) meses? (Hacemos esta pregunta para estar preparados para trabajar con usted a fin de eliminar este problema, no para descalificar su solicitud.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Planea tener una mascota? (Sujeto a aprobación bajo las reglas de mascotas; no se permiten en todas las propiedades, consulte el Plan de selección de residentes)
		<b>Si respondió sí, indique el número y tipo de mascotas:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Entiende que esta propiedad sigue una política antitabaco?

Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee



## Adaptaciones/modificaciones razonables

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o algún miembro de su hogar necesita adaptaciones en el apartamento para el uso de una silla de ruedas u otras modificaciones por discapacidades sensoriales?
		<b>Si respondió sí</b> , seleccionar el tipo: <input type="checkbox"/> Accesibilidad motora <input type="checkbox"/> Accesibilidad visual <input type="checkbox"/> Accesibilidad auditiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o algún miembro del hogar tiene alguna necesidad especial para la vivienda o necesita una adaptación o modificación razonable para vivir aquí? Ejemplos pueden ser tener un ayudante personal interno, un animal de asistencia o necesitar asideras/ barras. Si respondió sí, completar la información a continuación:
		<b>Nombre del miembro:</b>
		<b>Describir lo que se necesita:</b>

## Antecedentes penales

Sí	No				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de su hogar está sujeto al registro estatal de por vida para delincuentes sexuales en algún estado?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de su hogar está sujeto a algún registro de delincuentes sexuales o violentos de cualquier tipo?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de su hogar ha sido condenado por la producción o manufactura de metanfetaminas?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún miembro de su hogar en la actualidad usa, vende, distribuye o está en posesión de una droga ilegal (bajo las leyes estatales o federales), parafernalia de drogas ilegales o está siendo procesado por cargos relacionados con drogas?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparte de infracciones menores de tráfico, ¿algún miembro del hogar tiene alguna condena penal* (por delito menor o delito grave) o cargos pendientes* que no se haya indicado ya? <b>Si respondió sí, proporcionar la lista completa a continuación:</b>			
Nombre:		Año:	Crimen:	Ciudad:	Estado:
Nombre:		Año:	Crimen:	Ciudad:	Estado:
Nombre:		Año:	Crimen:	Ciudad:	Estado:
Nombre:		Año:	Crimen:	Ciudad:	Estado:
Nombre:		Año:	Crimen:	Ciudad:	Estado:
Nombre:		Año:	Crimen:	Ciudad:	Estado:

*Nota: Marcar "sí" no significa necesariamente que usted o su hogar vaya a ser descalificado, y le recomendamos presentar evidencia adicional para explicar, justificar o negar la relevancia de un historial criminal o cargos pendientes a fin de ayudar a procesar su solicitud de manera oportuna. Si en la actualidad está siendo procesado por cargos criminales y está participando en un programa de aplazamiento del juicio o en un programa alternativo de libertad condicional, incluya la comprobación de su participación junto con su solicitud.*

Se realizará una verificación de antecedentes penales durante la fase de solicitud para determinar si algún miembro de su hogar, incluido cualquier auxiliar/ayudante personal interno, está sujeto a un requisito de registro de por vida bajo algún programa de registro estatal de delincuentes sexuales en algún estado, o no cumple de alguna manera con los requisitos de nuestro Plan de selección de residentes. Se realiza una verificación de antecedentes penales en este estado y en el resto de los estados donde cada uno de los miembros del hogar hayan residido. Proporcione una lista de todos los estados en los que cada miembro del hogar (incluidos los menores) ha residido.

Nombre del miembro del hogar (Incluir la inicial del segundo nombre)	Estados donde ha vivido

Nombre del miembro del hogar (Incluir la inicial del segundo nombre)	Estados donde ha vivido

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee*



## Declaraciones por parte de todos los miembros del hogar

El solicitante indica que todas las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Autoriza la verificación por parte de terceros de la información anterior, incluido entre otras, la verificación de las referencias, los antecedentes penales, los informes crediticios, los registros de cortes civiles y la información sobre ingresos y bienes (activos); el solicitante exime de responsabilidad a todas las personas y entidades que solicitan o proporcionan información y reconoce también que esta información se puede divulgar a las agencias locales, estatales o federales apropiadas. El solicitante reconoce que proporcionar información falsa, incompleta o engañosa constituye motivo suficiente para que su solicitud sea denegada. Si se descubre que la información es falsa, incompleta o engañosa una vez ocupada la vivienda, esto puede causar la terminación del derecho de ocupación de todos los integrantes del hogar. **La Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code [Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos] establece que falsificar deliberadamente hechos materiales o realizar una declaración falsa en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de una agencial federal constituye un delito penal.**

He revisado el Plan de selección de residentes, que resume los procedimientos para procesar las solicitudes y entiendo que está a mi disposición si lo solicito. Entiendo que debo notificar por escrito a la administración si hay algún cambio en la dirección, los números de teléfono, los ingresos y la composición del hogar y que debo responder a las actualizaciones que se hagan de la Lista de espera para permanecer en esta.

**NOTA:** Si hay un apartamento disponible (o lo estará pronto), debemos obtener información más detallada durante la entrevista de solicitud y debemos verificar toda la información. Las verificaciones son válidas por un periodo de hasta 180 días (90 días por escrito y 90 días adicionales por reverificación verbal) desde la fecha en que se reciben en la oficina. Si las verificaciones tienen más de 90 días, deberán reverificarse. Tenga en cuenta que colocar su solicitud en una Lista de espera no garantiza que es elegible para recibir una vivienda en esta propiedad. Solo después de recibir y verificar toda la información necesaria, se le determinará elegible. El hecho de no conservar la elegibilidad según se determina en el Plan de selección de residentes causará el rechazo de su Solicitud de alquiler.

**DECLARACIÓN:** Declaro, bajo pena de perjurio, que la información incluida con anterioridad es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si ofrezco información falsa o incompleta puedo recibir multas de hasta \$10,000, ser encarcelado o perder el subsidio que una agencia gubernamental paga y ocasionar que se incremente el importe de mi porción de alquiler.

\_\_\_\_\_  
Firma – Miembro del hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – Miembro del hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – Miembro del hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – Miembro del hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Documento(s) adjuntos:

Release of Information Authorization (NT 11-07.T) [Autorización para la divulgación de información (NT 11-07.T)]

Things You Should Know About USDA Rural Rental Housing [Información que debe saber sobre el alquiler de viviendas rurales de USDA]

Supplement to Application for Federally Assisted Housing [Suplemento a la Solicitud de Vivienda con asistencia federal]

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee*



## Composición del hogar

Se solicita información sobre su raza, etnicidad y sexo con el fin de asegurar que el Gobierno Federal, el cual actúa a través del Servicio de Vivienda Rural, cumple con las leyes que prohíben la discriminación en las solicitudes de los inquilinos por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, condición familiar, edad y discapacidad. No está obligado a brindar esta información pero le animamos a hacerlo. Estos datos no se usarán para evaluar su solicitud o discriminarte de ninguna manera. No obstante, si elige no proporcionarla, el propietario está obligado a indicar la raza, etnicidad y sexo de los solicitantes en base a su observación visual o nombre.

Miembro del hogar	Etnicidad (seleccionar una)	Raza (Marcar todas las que corresponden)	Género:
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Asiático (2) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (3) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (4) <input type="checkbox"/> Blanco (5) <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Asiático (2) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (3) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (4) <input type="checkbox"/> Blanco (5) <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Asiático (2) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (3) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (4) <input type="checkbox"/> Blanco (5) <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Asiático (2) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (3) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (4) <input type="checkbox"/> Blanco (5) <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Asiático (2) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (3) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (4) <input type="checkbox"/> Blanco (5) <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Asiático (2) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (3) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (4) <input type="checkbox"/> Blanco (5) <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Asiático (2) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (3) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (4) <input type="checkbox"/> Blanco (5) <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Asiático (2) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (3) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (4) <input type="checkbox"/> Blanco (5) <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee*



**SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR HOUSING**

*This form is to be provided to each RD, Tax Credit or Conventional applicant household*

**Instructions: Optional Contact Person or Organization:** We would like to provide you with the opportunity 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. Please complete a separate form for each contact you wish to disclose.

<b>Applicant Name:</b>	
<b>Mailing Address:</b>	
<b>Telephone No:</b>	<b>Cell Phone No:</b>
<b>Name of Additional Contact Person or Organization:</b>	
<b>Address:</b>	
<b>Telephone No:</b>	<b>Cell Phone No:</b>
<b>E-Mail Address (if applicable):</b>	
<b>Relationship to Applicant:</b>	
<b>Reason for Contact:</b> (Check all that apply)	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assistance with Recertification Process (RD / Tax Credit only)
<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms
<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance (RD only)	<input type="checkbox"/> Change in house rules
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Pet issue (household cannot be contacted)
<input type="checkbox"/> Late payment of rent	<input type="checkbox"/> Other: _____
<b>Commitment of Owner and Management Agent:</b> If you are approved for housing, this information will be kept as part of your resident 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.	
<b>Confidentiality Statement:</b> The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.	

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

--	--

**Signature of Applicant**

**Date**

The objective of providing this information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the resident to assist in providing any delivery of services or special care to the resident and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such resident. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is voluntary.

*This institution is an equal opportunity provider*



**COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA**

*Este formulario será proporcionado a cada solicitante*

**Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional:** Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

<b>Nombre del solicitante:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>N.º de teléfono:</b>	<b>N.º de teléfono celular:</b>
<b>Nombre de la persona u organización de contacto adicional:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>N.º de teléfono:</b>	<b>N.º de teléfono celular:</b>
<b>Dirección de correo electrónico (si corresponde):</b>	
<b>Relación con el solicitante:</b>	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Problema de mascotas (no se puede contactar al hogar)
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
<b>Declaración de confidencialidad:</b> La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

**Firma del residenta**

**Fecha**

El objetivo de proporcionar esta información es facilitar el contacto del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el residente para ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial al residente y ayudar a resolver cualquier problema de arrendamiento que surja durante la tenencia de dicho residente. Esta información de solicitud complementaria debe ser mantenida por el proveedor de vivienda y mantenida como información confidencial. Proporcionar la información es voluntario.

Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee.





**Acknowledgement of Things You Should Know About USDA Rural Rental Housing  
Brochure & Notification Regarding Rights of Disabled Households**  
*(For Rural Development properties)*

**Property Name:** \_\_\_\_\_  
**Unit #:** \_\_\_\_\_  
**Applicant/Resident Name:** \_\_\_\_\_

By signing below, I/we acknowledge that I/we have received the brochure titled Things You Should Know About USDA Rural Rental Housing and the Notification Regarding Rights of Disabled Households.

I/we understand that I/we may contact the Property Manager or Northwest Real Estate Capital Corporation/Tamarack Property Management or USDA – Rural Development regarding the contents of the document listed above if I/we have any questions or concerns.

_____ Applicant / Resident Signature	_____ Date
_____ Applicant / Resident Signature	_____ Date
_____ Applicant / Resident Signature	_____ Date
_____ Applicant / Resident Signature	_____ Date
_____ Property Manager Signature	_____ Date

This property does 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. You may contact our 504 Coordinator, Dustin Tucker – Operations Specialist at 2929 3<sup>rd</sup> Avenue North, Suite 538, Billings, MT 59101; [dtucker@tamarackpm.com](mailto:dtucker@tamarackpm.com); (406) 252-3773 / TTY 711 for assistance.

*This institution is an equal opportunity provider.*



**Reconocimiento del folleto “Things You Should Know About USDA Rural Rental Housing” (Información que debe saber sobre el alquiler de viviendas rurales del USDA) y Notificación sobre los derechos de los hogares con discapacidades**  
*(para las propiedades de Desarrollo Rural)*

**Nombre de la propiedad:** \_\_\_\_\_  
**Unidad #:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del solicitante/residente:** \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, yo/nosotros reconocemos que hemos recibido el folleto titulado Things You Should Know About USDA Rural Rental Housing [Información que debe saber sobre el alquiler de viviendas rurales] y la Notificación sobre los derechos de los hogares con discapacidades.

Yo/nosotros entendemos que si tenemos alguna pregunta o preocupación respecto al contenido de los documentos anteriormente mencionados podemos comunicarnos con el gerente de la propiedad, con Northwest Real Estate Capital Corporation/Tamarack Property Management o con Desarrollo Rural del USDA.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/residente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/residente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/residente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/residente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del gerente residente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta propiedad no discrimina por motivos de condición de discapacidad para la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en los programas y las actividades que reciben asistencia federal. Si necesita ayuda puede comunicarse con nuestro Coordinador 504, Dustin Tucker, en 2929 3rd Avenue North, Suite 538; Billings MT 59101; [dtucker@tamarackpm.com](mailto:dtucker@tamarackpm.com); (406) 252-3773 / TTY 711.

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee*





# Rural Housing and Community Programs

## Things You Should Know About USDA Rural Rental Housing

***Don't risk losing your chances for federally assisted housing by providing false, incomplete, or inaccurate information on your application or recertification***

### ***Penalties for Committing Fraud***

You must provide information about your household status and income when you apply for assisted housing in apartments financed by the U.S. Department of Agriculture (USDA). USDA places a high priority on preventing fraud. If you deliberately omit information or give false information to the management company on your application or recertification forms, you may be:

- Evicted from your apartment;
- Required to repay all the extra rental assistance you received based on faulty information;
- Fined;
- Put in prison and/or barred from receiving future assistance.

Your State and local governments also may have laws that allow them to impose other penalties for fraud in addition to the ones listed here.

### ***How To Complete Your Application***

When you meet with the landlord to complete your application, you must provide information about:

- **All Household Income.** List all sources of money that you receive. If any other adults will be living with you in the apartment, you must also list all of their income. Sources of money include:
  - Wages, unemployment and disability compensation, welfare payments, alimony, Social Security benefits, pensions, etc.;
  - Any money you receive on behalf of your children, such as child support, children's Social Security, etc.;
  - Income from assets such as interest from a savings account, credit union, certificate of deposit, stock dividends, etc.;
  - Any income you expect to receive, such as a pay raise or bonus.
- **All Household Assets.** List all assets that you have. If any other adults will be living with you, you must also list all of their assets. Assets include:
  - Bank accounts, savings bonds, certificates of deposit, stocks, real estate, etc.;
  - Any business or asset you sold in the last 2 years for less than its full value, such as selling your home to your children.

- **All Household Members.** List the names of all the people, including adults and children, who will actually live with you in the apartment, whether or not they are related to you.

### ***Ask for Help if You Need It***

If you are having problems understanding any part of the application, let the landlord know and ask for help with any questions you may have. The landlord is trained to help you with the application process.

### ***Before You Sign the Application***

- Make sure that you read the entire application and understand everything it says;
- Check it carefully to ensure that all the questions have been answered completely and accurately;
- Don't sign it unless you are sure that there aren't any errors or missing information.

By signing the application and certification forms, you are stating that they are complete to the best of your knowledge and belief. Signing a form when you know it contains misinformation is considered fraud.

- The management company will verify your information. USDA may conduct computer matches with other Federal, State or private agencies to verify that the income you reported is correct;
- Ask for a copy of your signed application and keep a copy of it for your records.

### ***Tenant Recertification***

Residents in USDA-financed assisted housing must provide updated information to the management company at least once a year. Ask your landlord when you must recertify your income.

You must **immediately** report:

- Any changes in income of \$100 or more per month;
- Any changes in the number of household members.

For your annual recertification, you must report:

- All income changes, such as increases in pay or benefits, job change or job loss, loss of benefits, etc., for any adult household member;

- Any household member who has moved in or out;
- All assets that you or your adult housemates own, or any assets that were sold in the last 2 years for less than their full value.

## Avoid Fraud, Report Abuse

Prevent fraudulent schemes through these steps:

- Don't pay any money to file your application;
- Don't pay any money to move up on the waiting list;
- Don't pay for anything not covered by your lease;
- Get receipts for any money you do pay;
- Get a written explanation for any money you are required to pay besides rent, such as maintenance charges.

**Report Abuse:** If you know anyone who has falsified an application, or who tries to persuade you to make false statements, report him or her to the manager. If you cannot report to your manager, call your local or state USDA office at 1 (800) 670-6553, or write: USDA, STOP 0782, 1400 Independence Ave., SW, Washington, DC 20250.

## If You Disagree With a Decision

Tenants may file a grievance in writing with the complex owner in response to the owner's actions, or failure to act, that result in a denial, significant reduction, or termination of benefits. Grievances may also be filed when a tenant disputes the owner's notice of proposed adverse action.

### Notice of Adverse Action

The complex owner must notify tenants in writing about any proposed actions that may have adverse consequences, such as denial of occupancy and changes in the occupancy rules or lease. The written notice must give specific reasons for the proposed action, and must also advise tenants of the "right to respond to the notice within 10 calendar days after the date of the notice" and of "the right to a hearing." Housing complexes in areas with a concentration of non-English-speaking people must send notices in English and in the majority non-English language.

## Grievance Process Overview

USDA believes that the best way to resolve grievances is through an informal meeting between tenants and the landlord or owner. Once the owner learns about a tenant grievance, the process should begin with an informal meeting between the two parties. Owners must offer to meet with tenants to discuss the grievance within 10 calendar days of receipt of the complaint. USDA encourages owners and tenants to try to reach a mutually satisfactory resolution to the problem at the meeting.

If the grievance is not resolved, the tenant must request a hearing within 10 days of receipt of the meeting findings. The parties will then select a hearing panel or hearing officer to govern the hearing. All parties are notified of the decision 10 days after the hearing.

## When a Grievance Is Legitimate

The landlord must determine if a grievance is within the established rules for the program. For example, "I want to file a complaint because the manager doesn't speak to me" is not a legitimate complaint. However, "I want to file a complaint because the manager isn't maintaining the property according to USDA guidelines" is a legitimate complaint. Below are examples of cases in which tenants may and may not file a complaint.

A complaint may not be filed with the owner/management if:	A complaint may be filed with the owner/management if:
USDA has authorized a proposed rent change.	There is a modification of the lease, or changes in the rules or rent that are not authorized by USDA.
A tenant believes that he/she has been discriminated against because of race, color, religion, national origin, sex, age, familial status, or disability. Discrimination complaints should be filed with USDA and/or the Department of U.S. Housing and Urban Development (HUD), not with the owner/management.	The owner or management fails to maintain the property in a decent, safe, and sanitary manner.
The complex has formed a tenant's association and all parties have agreed to use the association to settle grievances.	The owner violates a lease provision or occupancy rule.
USDA has required a change in the rules and proper notices have been given.	A tenant is denied admission to the complex.
The tenant is in violation of the lease and the result is termination of tenancy.	
There are disputes between tenants that do not involve the owner/management.	
Tenants are displaced or other adverse effects occur as a result of loan prepayment.	

PA 1998  
December 2008

The U.S. Department of Agriculture (USDA) prohibits discrimination in all its programs and activities on the basis of race, color, national origin, age, disability, and where applicable, sex, marital status, familial status, parental status, religion, sexual orientation, genetic information, political beliefs, reprisal, or because all or a part of an individual's income is derived from any public assistance program. (Not all prohibited bases apply to all programs.) Persons with disabilities who require alternative means for communication of program information (braille, large print, audiotape, etc.) should contact USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TDD).

To file a complaint of discrimination write to USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

## Notification Regarding Rights of Households with Disabilities

Please be advised that the following policies, which are summarized for your convenience, are available to any applicant or resident household upon request. Alternate formats of these items are available upon request.

**Reasonable Accommodation & Modification Procedure:** Fair Housing laws require that reasonable accommodations in rules, regulations, policies and procedures be made for disabled applicants, residents or their guests. In addition, reasonable physical modifications may not be denied to these individuals. Northwest Real Estate Capital Corp. and Tamarack Property Management Co. (“the Company”) is firmly committed to complying with these requirements. This document explains the procedure for requesting a reasonable accommodation or modification.

**Unit Transfer Policy:** The Unit Transfer Policy describes the circumstances under which a unit transfer will be approved at this property and how to request a unit transfer. In properties that receive federal funding, the property will pay for moving costs of unit transfers approved as a reasonable accommodation unless doing so in an individual instance will constitute an undue financial and administrative burden for the property.

**Assistance Animal Policy:** An assistance animal is an animal that works, provides assistance, service, or performs tasks for the benefit of a person with a disability, or an animal that provides emotional support that alleviates one or more identified symptoms or effects of a person’s disability. An assistance animal is not a pet and must perform the assistance or provide the benefit needed as a reasonable accommodation by the person with the disability. The Assistance Animal Policy describes what an assistance animal is in more detail, discusses ownership rules for those who have an assistance animal, describes what happens if an ownership rule is violated and goes over protection of the assistance animal.

**Resident Grievance Procedure:** The Resident Grievance Procedure describes the process used by residents to address any concerns they may have about their property or how it is being managed. This procedure includes information on how to resolve grievances that relate to a household member’s disability and how disabled individuals may request assistance in filing a grievance from the Company’s 504 Coordinator.

**Effective Communication Policy:** The Company and this property are dedicated to ensuring that our communications with applicants, residents, employees, and members of the public with disabilities are as effective as communications with others. This policy provides examples of auxiliary aids and services that a disabled individual might request, the process for making such a request and the grievance procedure that may be followed if the disabled individual is not satisfied with our response to their request.

If you would like to obtain a new, complete copy of any of these policies or procedures, you may contact your local property office and request them. You may also request them from the Company 504 Coordinator.

This property does 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. You may contact our 504 Coordinator, Dustin Tucker, Corporate Operations Coordinator at 2929 3rd Avenue North, Suite 538, Billings, MT 59101; dtucker@tamarackpm.com; (406) 252-3773 / TTY 711 for assistance.



## Notificación respecto a los derechos de los hogares con discapacidades

Nombre de la propiedad: \_\_\_\_\_  
Unidad #: \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante/residente: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que las políticas a continuación, las cuales hemos resumido para su conveniencia, están a disposición de cualquier inquilino o miembro del hogar que lo solicite. También hay formatos alternativos de estos documentos bajo petición.

**Procedimiento para adaptaciones y modificaciones razonables:** Las leyes de Fair Housing [Vivienda Justa] exigen que se hagan adaptaciones razonables en las reglas, las regulaciones, las políticas y los procedimientos para los solicitantes, los residentes o los huéspedes con discapacidades. Además, no se puede denegar a estos individuos modificaciones físicas razonables. Northwest Real Estate Capital Corp. y Tamarack Property Management Co. ("la Compañía") se declaran firmemente comprometidos a cumplir con estos requisitos. En este documento se explica el procedimiento que se debe seguir para solicitar una modificación o adaptación razonable.

**Política sobre el traslado de unidades:** Esta política describe las circunstancias por las cuales se aprobará el traslado a otra unidad en esta propiedad y cómo solicitarlo. En las propiedades que reciben subvenciones federales, la propiedad pagará los costos de la mudanza por un traslado de unidad aprobado como una adaptación razonable, a menos que hacerlo en una situación individual vaya a constituir una carga financiera y administrativa indebida para la propiedad.

**Política de animales de asistencia:** Un animal de asistencia es un animal que trabaja, que proporciona una ayuda/servicio o que realiza tareas en beneficio de una persona con una discapacidad; o es un animal que brinda apoyo emocional y que alivia uno o más síntomas o efectos de la discapacidad de la persona. Un animal de asistencia no es una mascota y debe llevar a cabo la ayuda o proporcionar el beneficio necesario como una adaptación razonable para la persona con la discapacidad. Esta política describe con más detalle lo que es un animal de asistencia, establece las reglas de responsabilidad para aquellos que tienen un animal de asistencia, indica qué ocurre si se viola alguna de estas reglas y describe la protección del animal de asistencia.

**Procedimiento de reclamaciones del residente:** Describe el proceso que los residentes deben utilizar para abordar cualquier preocupación que tengan sobre su propiedad o sobre el modo en que se gestiona. Este procedimiento incluye información sobre cómo resolver reclamaciones relacionadas con la discapacidad de un miembro del hogar y cómo los individuos con discapacidad pueden solicitar ayuda del Coordinador 504 de la Compañía para presentar una reclamación.

**Política para una comunicación efectiva:** La Compañía y esta propiedad se comprometen a garantizar que nuestras comunicaciones con los solicitantes, los residentes, los empleados y los miembros del público con discapacidades son tan efectivas como las comunicaciones con el resto de las personas. Esta política proporciona ejemplos de las ayudas y los servicios auxiliares que una persona con discapacidad puede solicitar, el proceso para realizar tal petición y el procedimiento de reclamación que puede seguir si no queda satisfecha con nuestra respuesta a su solicitud.

Puede comunicarse con su oficina local de propiedades si desea obtener una copia reciente y completa de cualquiera de estas políticas o procedimientos. También las puede pedir al Coordinador 504 de la Compañía.

Esta propiedad no discrimina por motivos de condición de discapacidad para la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en los programas y las actividades que reciben asistencia federal. Si necesita ayuda puede comunicarse con nuestro Coordinador 504, Dustin Tucker, en 2929 3rd Avenue North, Suite 538; Billings MT 59101; dtucker@tamarackpm.com; (406) 252-3773 / TTY 711.

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee.*





### LANDLORD REFERENCE

Please return to:

Landlord Name: \_\_\_\_\_  
Mailing address: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_  
Fax Number: \_\_\_\_\_  
Email Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_  
Fax Number: \_\_\_\_\_  
Email Address: \_\_\_\_\_

I have applied for housing with the above property, and they require a reference from former landlords. By signing below, I authorize the release of the requested information.

Applicant's Name (print) \_\_\_\_\_

Leaseholder's Name (if different from Applicant) \_\_\_\_\_

Applicant's Address at time of residency – City, State, Zip Code \_\_\_\_\_

Applicant's Signature/Consent \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### APPLICANT – STOP HERE AND RETURN THIS FORM TO THE PROPERTY MANAGER

**Landlord – Please complete the following information.** This information will not be released to the applicant.

Current Landlord     Prior Landlord    Move In Date: \_\_\_\_\_ Move Out Date: \_\_\_\_\_

Monthly Rent: \$ \_\_\_\_\_ Which utilities were included in the rent?     Water/Sewer     Gas  
 Electricity     All

**Yes    No    Please consider the last 12 months of occupancy when answering the following:**

- Was the rent paid on time? If no, how many times was it late? \_\_\_\_\_
- Did this family receive regular monthly rental assistance? (i.e., Section 8, Voucher, etc.)
- Did this household have a history of disruptive behavior?
- Did this keep the unit in a clean, safe, and sanitary condition?

**Please exclude Pay or Quit Notices from the following lease violation questions:**

- Did this household receive 3 or more lease violations in the last 12 months of occupancy?
- Did this household receive 2 or more lease violations for the same violation in the last 12 months of occupancy?
- Did you terminate this household's lease for cause? If yes, please explain under "Other Comments".
- Would you rent to this household again?
- Does this household currently owe you money? If so, how much? \$ \_\_\_\_\_

If yes, is the household currently making payments to your satisfaction?  Yes  No

**Other Comments** (continue on back if needed):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone verification made by site staff: \_\_\_\_\_  
Staff initials/date

Landlord Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider.



### REFERENCIAS DE PROPIETARIO

**Entregar a:**

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de fax: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de fax: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

He completado una solicitud de vivienda con la propiedad anteriormente mencionada y necesito presentar referencias de antiguos propietarios/caseros. Al firmar a continuación, autorizo a entregar la información solicitada.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

Nombre del arrendatario (si es diferente al solicitante)

Dirección del solicitante durante el tiempo de residencia – Ciudad, estado, código postal

Firma/Consentimiento del solicitante

Fecha

### SOLICITANTE – DETENERSE AQUÍ Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL ADMINISTRADOR DE LA PROPIEDAD

**Landlord – Please complete the following information.** This information will not be released to the applicant.

Current Landlord     Prior Landlord    Move In Date: \_\_\_\_\_ Move Out Date: \_\_\_\_\_

Monthly Rent: \$ \_\_\_\_\_ Which utilities were included in the rent?     Water/Sewer     Gas  
 Electricity     All

**Yes    No    Please consider the last 12 months of occupancy when answering the following:**

- Was the rent paid on time? If no, how many times was it late? \_\_\_\_\_
- Did this family receive regular monthly rental assistance? (i.e., Section 8, Voucher, etc.)
- Did this household have a history of disruptive behavior?
- Did this keep the unit in a clean, safe, and sanitary condition?

**Please exclude Pay or Quit Notices from the following lease violation questions:**

- Did this household receive 3 or more lease violations in the last 12 months of occupancy?
- Did this household receive 2 or more lease violations for the same violation in the last 12 months of occupancy?
- Did you terminate this household's lease for cause? If yes, please explain under "Other Comments".
- Would you rent to this household again?
- Does this household currently owe you money? If so, how much? \$ \_\_\_\_\_

If yes, is the household currently making payments to your satisfaction?  Yes  No

**Other Comments** (continue on back if needed):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone verification made by site staff: \_\_\_\_\_  
Staff initials/date

Landlord Signature

Date

Phone Number

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee.*





**HOUSING REFERENCE**

**Please return to:**

Contact Name: \_\_\_\_\_  
 Mailing address: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Phone Number: \_\_\_\_\_  
 Fax Number: \_\_\_\_\_  
 Email Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_  
 Fax Number: \_\_\_\_\_  
 Email Address: \_\_\_\_\_

I have applied for housing with the above property, and they require a reference from former landlords. By signing below, I authorize the release of the requested information.

Applicant's Name (print) \_\_\_\_\_

Other Household Members \_\_\_\_\_

Applicant's Signature/Consent \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Period of time requiring verification: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_**

**APPLICANT – STOP HERE AND RETURN THIS FORM TO THE PROPERTY MANAGER**

**Verifier – Please complete the following information.**

**Instructions:** The Applicant has indicated they do not have landlord / rental history during the period of time referenced above, or their prior landlord has not responded to our request for verification. The Applicant has indicated that you are able to verify where they were staying during this undocumented period time. Please complete the following information to the best of your knowledge.

**Your Name:** \_\_\_\_\_ **Company (if applicable)** \_\_\_\_\_

**How do you know the Applicant?** \_\_\_\_\_

- Yes  No **Did the Applicant have a history of disruptive behavior?** \_\_\_\_\_  
 Yes  No **Did the Applicant have a history of poor housekeeping habits?** \_\_\_\_\_  
 Yes  No **Would you recommend the Applicant as a renter?** \_\_\_\_\_

**Which type of housing situation are you verifying?** (You may select more than one.)

- Applicant was homeless with no known accommodations  
 Applicant was homeless and was staying in a shelter  
 Applicant stayed in my home  
 Applicant stayed with friends or family (not me)  
 Applicant was hospitalized or in a care facility  
 Applicant was away at school  
 Applicant was away on military assignment  
 Applicant was incarcerated  
 Applicant reported the following address to me:

From (month/year)	To (month/year)

Telephone verification made by site staff: \_\_\_\_\_  
 Staff initials/date

Verifier Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider.



**REFERENCIAS DE VIVIENDA**

**Entregar a:**

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de fax: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de fax: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

He completado una solicitud de vivienda con la propiedad anteriormente mencionada y necesito presentar referencias de antiguos propietarios/caseros. Al firmar a continuación, autorizo a entregar la información solicitada.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Otros miembros del hogar \_\_\_\_\_

Firma/Consentimiento del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Periodo de tiempo para el que se necesita verificación: Desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE – DETENERSE AQUÍ Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL ADMINISTRADOR DE LA PROPIEDAD**

**Verifier – Please complete the following information.**

**Instructions:** The Applicant has indicated they do not have landlord / rental history during the period of time referenced above, or their prior landlord has not responded to our request for verification. The Applicant has indicated that you are able to verify where they were staying during this undocumented period time. Please complete the following information to the best of your knowledge.

Your Name: \_\_\_\_\_ Company (if applicable) \_\_\_\_\_

How do you know the Applicant? \_\_\_\_\_

Yes  No **Did the Applicant have a history of disruptive behavior?** \_\_\_\_\_  
 Yes  No **Did the Applicant have a history of poor housekeeping habits?** \_\_\_\_\_  
 Yes  No **Would you recommend the Applicant as a renter?** \_\_\_\_\_

Which type of housing situation are you verifying? (You may select more than one.)

- Applicant was homeless with no known accommodations
- Applicant was homeless and was staying in a shelter
- Applicant stayed in my home
- Applicant stayed with friends or family (not me)
- Applicant was hospitalized or in a care facility
- Applicant was away at school
- Applicant was away on military assignment
- Applicant was incarcerated
- Applicant reported the following address to me:

From (month/year)	To (month/year)

Telephone verification made by site staff: \_\_\_\_\_  
 Staff initials/date

Verifier Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

*Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee.*

