

Los solicitantes deben completar las solicitudes preliminares cuando no se puede asignar un apartamento y pueden agregarse a la lista de espera de la comunidad. **Las solicitudes preliminares con información faltante no se pueden procesar y los solicitantes no se colocarán en la lista de espera hasta que la completen.** Esta solicitud preliminar contendrá un reconocimiento de adaptación razonable, formulario HUD-92006 (si corresponde) y una lista de preferencias (si corresponde) para esta comunidad. Para conocer los procedimientos completos de selección, comuníquese con el agente de la Administración en la información de contacto anterior.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
APELLIDO		NOMBRE		M.I.	SEXO (OPCIONAL) MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	SSN	¿ES ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO DE CASA ()		TELÉFONO DEL TRABAJO ()		CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN			DEPTO. NRO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
INGRESO FAMILIAR ANUAL BRUTO TOTAL DE TODAS LAS FUENTES/SOLICITANTES \$			FECHA DE MUDANZA DESEADA	NÚMERO DE DORMITORIOS DESEADO	¿TIENE UN BONO DE ELECCIÓN DE VIVIENDA? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿SOLICITA UN PROYECTO CON SISTEMA DE CUPONES? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿NECESITA UNA UNIDAD ACCESIBLE? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE: AUDICIÓN <input type="checkbox"/> VISIÓN <input type="checkbox"/> MOVILIDAD <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>				¿CÓMO SE ENTERÓ DE ESTA COMUNIDAD?			
¿CUÁL ES SU LENGUA MATERNA? INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>			SI EL INGLÉS NO ES SU LENGUA MATERNA, ¿PUEDE HABLAR O LEER INGLÉS CON FLUIDEZ? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿NECESITA UN INTÉRPRETE? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO, MARQUE UNA O AMBAS: HABLAR <input type="checkbox"/> LEER <input type="checkbox"/>		
¿TIENE MASCOTAS? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DESCRIBA EL PESO, LA RAZA Y LA EDAD:			¿CUMPLE ALGUNA PREFERENCIA EN ESTA COMUNIDAD? EN CASO AFIRMATIVO, ENUMERE: ¿ES UNA PERSONA SIN HOGAR? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SOLICITANTE							
APELLIDO	NOMBRE	M.I.	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (Opcional)	SSN	¿ES ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO? SÍ/NO
CONTACTO DE EMERGENCIA							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO ()		RELACIÓN
INFORMACIÓN DE SUS ANTECEDENTES							
¿ALGUNA VEZ ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR...:	¿Se declaró en bancarrota? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Se negó deliberada o intencionalmente a pagar el alquiler <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No cuando venció?			
	¿Se fue o lo desalojaron?		Si contestó que sí, proporcione el nombre de la propiedad, la ciudad, el estado y el nombre del arrendador.				
	¿Debió dinero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Ha sido condenado por un delito grave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Un solicitante de vivienda o de crédito con un registro sellado en el archivo del tribunal de conformidad con la sección 16 del capítulo 239 de las Leyes Generales puede responder "sin registro" a una consulta relacionada con ese registro judicial sellado.</small>				En caso afirmativo, indique el tipo de delito, el condado y el estado:			
¿Tiene usted, o algún miembro de su hogar, la obligación vitalicia de inscribirse en un registro de delincuentes sexuales en algún estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, en qué estado(s):					Si respondió «sí» a cualquiera de las preguntas, especifique el nombre o nombres de los miembros de la familia:		
Identifique el grupo racial o étnico al que pertenece (opcional): <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____							

Certificación del solicitante

- Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información proporcionada a The Community Builders Inc., en esta solicitud preliminar es correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Yo/Nosotros entiendo/entendemos que si esta solicitud no se completa en su totalidad, no será aceptada.
- Yo/Nosotros entiendo/entendemos que esta es una solicitud preliminar y que la información provista no garantiza la vivienda.
- Yo/Nosotros entiendo/entendemos que será necesaria información adicional y verificaciones para completar el proceso de solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de la gerencia: _____ Fecha: _____

<p>PARA USO DE OFICINA</p> <p>Fecha de recepción: _____</p> <p>Hora de recepción: _____</p>
--

Community Builders Inc. no discrimina debido a un estado de discapacidad en la admisión o acceso, el trato o el empleo en sus programas y actividades con asistencia federal. La siguiente persona ha sido designada para coordinar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación contenidos en los reglamentos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano que implementan la Sección 504 (24 CFR, parte 8 del 2 de junio de 1988): Melissa Perry, The Community Builders, Inc., 33 Arch Street, Floor 10, Suite 1000 Boston, MA, 02110; (857) 221-8600, TTY 711; ReasonableAccommodations@tcbinc.org.



POLÍTICA DE MODIFICACIÓN RAZONABLE

Si tiene una discapacidad y como resultado de su discapacidad necesita:

- un cambio en las reglas o políticas de cómo hacemos las cosas, con el fin de darle la oportunidad equitativa de residir dentro de las instalaciones arrendadas y usar las instalaciones o participar en programas locales; o
- un cambio o reparación en su departamento o un tipo especial de departamento que le daría la misma oportunidad de residir dentro de las instalaciones alquiladas y usar las instalaciones o participar en programas locales; o
- un cambio o reparación en alguna otra parte de la vivienda que le daría la misma oportunidad de residir dentro de las instalaciones arrendadas y usar las instalaciones o participar en programas locales; o
- un cambio en la forma en que nos comunicamos con usted o le brindamos información.

Puede solicitar este tipo de cambio, que se denomina **ADAPTACIÓN RAZONABLE**

- Si puede documentar que tiene una discapacidad y si su solicitud es razonable (lo que significa que no representa una carga financiera o administrativa excesiva), intentaremos hacer el cambio solicitado.
- Le daremos una respuesta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de cualquier verificación necesaria, a menos que haya un problema para obtener la información que necesitamos o que usted acepte un plazo mayor. Le informaremos si necesitamos más información o verificación de su parte o si nos gustaría hablar con usted sobre otras formas de satisfacer sus necesidades.
- Si denegamos su solicitud, le explicaremos los motivos y puede brindarnos más información si cree que eso ayudará. Si necesita ayuda para contestar un **FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE** o si desea hacernos llegar su solicitud de alguna otra manera, lo ayudaremos.

Puede obtener un FORMULARIO DE ADAPTACIÓN RAZONABLE en la Oficina de la Administración.

NOTA: Toda la información que proporcione se mantendrá confidencial y se usará solo para ayudar a garantizar que tenga la misma oportunidad de disfrutar de su alojamiento y las áreas comunes.

Todas las solicitudes se envían a:

REASONABLE ACCOMMODATION COMMITTEE
THE COMMUNITY BUILDERS, INC.
33 ARCH STREET, Floor 10, Suite 1000
BOSTON, MA 02110

AGENTE ADMINISTRADOR PARA: _____
(Nombre de la comunidad)

Reconozco haber leído y comprendido la política de adaptaciones razonables. En caso de que haya varios miembros en la familia, la notificación de esta política a mí, el solicitante principal, es una notificación implícita para todo el hogar.

Firma del solicitante principal

Fecha

Community Builders Inc. no discrimina debido a un estado de discapacidad en la admisión o acceso, el trato o el empleo en sus programas y actividades con asistencia federal. La siguiente persona ha sido designada para coordinar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación contenidos en los reglamentos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano que implementan la Sección 504 (24 CFR, parte 8 del 2 de junio de 1988): Melissa Perry, The Community Builders, Inc., 33 Arch Street, Floor 10, Suite 1000 Boston, MA, 02110; (857) 221-8600, TTY 711; ReasonableAccommodations@tcbinc.org.



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

1. Como resultado de su discapacidad, se solicita el siguiente cambio o cambios para que (la persona indicada) pueda vivir aquí con la misma facilidad y éxito que los demás residentes. Marque el tipo de cambio(s) que necesita.

Permiso para que un asistente de cuidado personal sea un visitante habitual de mi departamento. Nombre de la persona o personas que son sus asistentes de cuidado personal:

Un dormitorio adicional para que viva en mi departamento un ayudante residente o un asistente de cuidado personal.

Nombre de la persona o personas que son sus asistentes residentes o asistentes de cuidado personal:

Un cambio físico o estructural en mi departamento u otra parte del complejo de vivienda. (Describa)

Un cambio en la siguiente regla, política o procedimiento. (Nota: Puede solicitar cambios en la forma en que cumple con los términos del contrato de arrendamiento, pero todos deben continuar cumpliendo con los términos del contrato).

2. Necesito esta adaptación razonable debido a mi discapacidad para poder:

3. Pueden verificar que tengo una discapacidad y mi necesidad de esta solicitud comunicándose con:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

4. Si solicitó un cambio en su departamento o en el complejo de vivienda, utilice este espacio para escribir la información de empresas u organizaciones que puedan ayudarnos a localizar o construir algo especial que necesite. (Si no conoce ninguna, intentaremos obtener esta información nosotros mismos).

Doy mi permiso para que se comuniquen con la persona antes mencionada con el fin de verificar que yo o un miembro de mi familia tenemos una discapacidad y necesitamos la adaptación razonable solicitada previamente. Entiendo que la información que obtenga se mantendrá confidencial y se usará únicamente para determinar si se proporcionará una adaptación.

Firmado: _____

Fecha: _____

