

_____ Studio _____ 1 Bedroom _____ 2 Bedroom _____ 3 Bedroom _____ 4 Bedroom _____ Add on to existing household	**Para uso de oficina solamente**	Received Date: _____ 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*) ⁽¹⁾

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 ¹ H / M / P P=Prefiere no revelar	El individuo es:		
							Un estudiante (S/N)	Veterano militar (S/N)	Discapacidad o (S/N) ¹
					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 1-5 personas) |
| _____ | 3 habitaciones | (hogar de 1-7 personas) |
| _____ | 4 habitaciones | (hogar de 1-9 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.

Residencia actual		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 ()	
☐ Alquila ☐ Dueño ☐ Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residen aquí? ☐ Sí ☐ No Si respondió no, ¿quién no vive ahí?						
Residencia anterior		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 ()	
☐ Alquilaba ☐ Dueño ☐ Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residían aquí? ☐ Sí ☐ No Si respondió no, ¿quién no vivía ahí?						
Residencia anterior		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 ()	
☐ Alquilaba ☐ Dueño ☐ Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residían aquí? ☐ Sí ☐ No Si respondió no, ¿quién no vivía ahí?						
Residencia anterior		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 ()	
☐ Alquilaba ☐ Dueño ☐ Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residían aquí? ☐ Sí ☐ No Si respondió no, ¿quién no vivía ahí?						
Residencia anterior		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 ()	
☐ Alquilaba ☐ Dueño ☐ Otro (especificar):					Pago mensual: \$	
¿Todos los miembros solicitantes del hogar residían aquí? ☐ Sí ☐ 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	
☐	☐	Si se aprueba su solicitud, ¿será esta la única residencia para los miembros de su hogar?
		Si respondió no, explique:
☐	☐	¿Hay algún miembro del hogar ausente 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?
		Si respondió sí, explique:
☐	☐	¿Espera algún cambio en la composición de su hogar en los próximos doce (12) meses?
		Si respondió sí, explique:
☐	☐	¿Hay alguien que viva con usted ahora pero que no vivirá con usted en esta comunidad?
		Nombre del miembro que se va a ir: Razón:
☐	☐	Si tiene hijos menores de edad ¿tiene la custodia legal? ☐ N/A
		Si respondió no, ¿qué porcentaje del tiempo están con usted? % del tiempo

Historial del residente

Sí	No	
☐	☐	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?
		Si respondió sí, explique:
☐	☐	¿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?
		Si respondió sí, explique e indique si el problema fue causado por un miembro del hogar que no se va a mudar con usted:
☐	☐	¿Usted o algún otro miembro de su hogar debe dinero al HUD, a la comunidad de apartamentos, al propietario anterior o algún servicio público?
		Si respondió sí, explique:
☐	☐	¿Está haciendo pagos en la actualidad a satisfacción de la parte a la que debe dinero? ☐ N/A
☐	☐	¿Usted o algún miembro del hogar han vivido en esta propiedad antes?
		Si respondió sí, indique el nombre del/de los miembro(s) del hogar:
☐	☐	¿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.?
		Si respondió sí, indique el nombre del/de los miembro(s) del hogar y el nombre de la(s) propiedad(es):

Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee



Asistencia de alquiler

Sí	No	
☐	☐	¿Va a solicitar la asistencia de alquiler de la Sección 8 para esta propiedad? Si marca "no", asumiremos que solamente quiere que se le considere para apartamentos sin asistencia de la Sección 8.
☐	☐	¿Su hogar va a recibir otra asistencia de alquiler de alguna agencia del gobierno local, estatal o federal?
		Si respondió sí, indique el nombre del programa/agencia:
☐	☐	¿Está recibiendo algún tipo de asistencia de alquiler en la propiedad donde vive ahora?
☐	☐	¿Tiene un cupón (es decir asistencia de alquiler a través de una autoridad de vivienda o agencia similar) que desea usar en esta propiedad?
		Si respondió sí, indique el nombre de la agencia/autoridad de vivienda

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		\$

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	
☐	☐	¿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.)
☐	☐	¿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)
		Si respondió sí, indique el número y tipo de mascotas:
☐	☐	¿Entiende que esta propiedad sigue una política antitabaco?

Esta institución brinda igualdad de oportunidades en los servicios que provee



Adaptaciones/modificaciones razonables

Sí	No	
☐	☐	¿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?
		Si respondió sí, seleccionar el tipo: ☐ Accesibilidad motora ☐ Accesibilidad visual ☐ Accesibilidad auditiva
☐	☐	¿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 si, complete la información a continuación:
		Nombre del miembro:
		Describir lo que se necesita:

Antecedentes penales

Sí	No				
☐	☐	¿Algún miembro de su hogar está sujeto al registro estatal de por vida para delinquentes sexuales en algún estado?			
☐	☐	¿Algún miembro de su hogar está sujeto a algún registro de delinquentes sexuales o violentos de cualquier tipo?			
☐	☐	¿Algún miembro de su hogar ha sido condenado por la producción o manufactura de metanfetaminas?			
☐	☐	¿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?			
☐	☐	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? Si respondió sí, proporcionar la lista completa a continuación:			
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 alterno 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 delinquentes 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.

_____ Firma – Miembro del hogar	_____ Fecha	_____ Firma – Miembro del hogar	_____ Fecha
_____ Firma – Miembro del hogar	_____ Fecha	_____ Firma – Miembro del hogar	_____ Fecha

Documento(s) adjuntos:

Household Demographics [Datos demográficos del hogar]

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



☐ Studio ☐ 1 Bedroom ☐ 2 Bedroom ☐ 3 Bedroom ☐ 4 Bedroom ☐ Add on to existing household **Office Use Only** 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, Tracie Lindgren, at 2929 3rd Avenue North, Suite 538; Billings, MT 59101; tlindgren@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. ⁽¹⁾ 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 ¹ M / F / P P=Prefer not to disclose	Is the Individual:		
							A Student (Y/N)	Military Veteran (Y/N)	Disabled (Y/N) ¹
					Self				

This institution is an equal opportunity provider



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

Apartment Size* (Indicate 1 for 1st Choice, 2 for 2nd, 3 for 3rd)

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 | (1-5 person household) |
| _____ | 3 Bedroom | (1-7 person household) |
| _____ | 4 Bedroom | (1-9 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.

Current Residence		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?						
Previous Residence		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?						
Previous Residence		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?						
Previous Residence		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?						
Previous Residence		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	
☐	☐	If approved for move-in, will this be your household's only residence?
		If no, explain:
☐	☐	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?
		If yes, explain:
☐	☐	Do you expect any changes to your household composition in the next twelve (12) months?
		If yes, explain:
☐	☐	Is there anyone living with you now who will not be living with you at this community?
		Name of Member Leaving: Reason:
☐	☐	If you have minor children, do you have full legal custody? ☐ N/A
		If no, what percentage of the time are they with you? % of the time

Resident History

Yes	No	
☐	☐	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?
		If yes, please explain:
☐	☐	Has any member of your household been evicted from housing for drug-related or other criminal activity in the last three years?
		If yes, please explain, and indicate if the issue was caused by a household member not moving in with you:
☐	☐	Do you or any member of your household owe money to HUD, apartment community, previous landlord or utility company?
		If yes, please explain:
☐	☐	Are you currently making payments to the satisfaction of the party to whom you owe money? ☐ N/A
☐	☐	Have you or any member of your household ever lived on this property before?
		If yes, name of household member(s):
☐	☐	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?
		If yes, name of household member(s) and property name(s):

This institution is an equal opportunity provider



Rental Assistance

Yes	No	
☐	☐	Are you applying for Section 8 rental assistance at this property? If you mark "no" we will assume you want to be considered only for apartments with no Section 8 assistance.
☐	☐	Will your household be receiving other rental assistance from a federal, state, or local government?
		If yes, name of program/agency:
☐	☐	Are you currently receiving rental assistance from the property where you are living?
☐	☐	Do you have a voucher (i.e., rental assistance through a Housing Authority or similar agency) that you would like to use at this property?
		If yes, name of Housing Authority / Agency:

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	\$

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

Yes	No	
☐	☐	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.)
☐	☐	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>)
		If yes, number of pets and type of pets:
☐	☐	Do you understand that this property has a no smoking policy?

This institution is an equal opportunity provider



Reasonable Accommodations/Modifications

Yes	No	
☐	☐	Do you or any household member need the features of an apartment home adapted for wheelchair use or sensory impairments?
		If yes, select type: ☐ Mobility Accessible ☐ Vision Accessible ☐ Hearing Accessible
☐	☐	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:
		Member Name:
		Describe What Is Needed:

Criminal History

Yes	No				
☐	☐	Is any member of your household subject to State lifetime sex offender registration in any state?			
☐	☐	Is any member of your household subject to sex or violent offender registration of any kind?			
☐	☐	Has any member of your household been convicted of the production or manufacture of methamphetamines?			
☐	☐	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?			
☐	☐	Other than minor traffic violations, are there any criminal convictions* (misdemeanor or felony) or pending charges* not already disclosed for any household member? If yes, provide a complete list below:			
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

A criminal background check will be processed 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 (Include Middle Initial)	States where member has lived	Household Member Name (Include Middle Initial)	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.

Signature – Household Member

Date

Signature – Household Member

Date

Signature – Household Member

Date

Signature – Household Member

Date

Attachment(s):

Household Demographics

Supplement to Application for Federally Assisted Housing

This institution is an equal opportunity provider



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL HOGAR

Nombre de la propiedad: _____
Cabeza de familia del hogar: _____

Número de la unidad: _____
Teléfono: _____

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Miembro	NOMBRE	APELLIDO	Inicial segundo nombre	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA						
				Cabeza	Esposo(a)	Adulto Co- cabeza	Hijo/a	Hijo(a) de acogida/ Adulto	Ayudante personal interno (live in aid)	Otro
1				☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Marcar TODAS las que correspondan para cada miembro del hogar

(A) CATEGORÍAS RACIALES *	Cabeza familia Miembro #1	Miembro #2	Miembro #3	Miembro #4	Miembro #5	Miembro #6	Miembro #7
Blanco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Negro o afroamericano	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Indio americano o native de Alaska	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Asiático	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eligió no divulgar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Marcar una para cada miembro del hogar

(B) CATEGORÍAS ÉTNICAS *	Cabeza familia Miembro #1	Miembro #2	Miembro #3	Miembro #4	Miembro #5	Miembro #6	Miembro #7
Hispano o latino	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
No hispano o latino	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eligió no divulgar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(C) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD *

	Cabeza familia Miembro #1	Miembro #2	Miembro #3	Miembro #4	Miembro #5	Miembro #6	Miembro #7
Algún miembro del hogar tiene una discapacidad según se define en Fair Housing Act/Ley de Vivienda Justa. Si respondió "sí", marcar la casilla en esta fila.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si la respuesta es "no", marcar la casilla en esta fila.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eligió no divulgar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Consultar la página adjunta para ver las definiciones de raza, etnicidad y discapacidad.

Adaptación razonable: Si se necesita que un tercero ayude a completar este documento, se debe añadir a pie de página su nombre en letra de imprenta, el parentesco, el número de teléfono, su firma y la fecha.

Firma del cabeza de familia

Fecha

Firma del miembro #2

Fecha

Firma del miembro #3

Fecha

Firma del miembro #4

Fecha

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



FORMULARIO DE INSTRUCCIONES SOBRE LA INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL HOGAR

Usted ha solicitado alquiler (o reside actualmente) en una unidad de vivienda ubicada en un desarrollo que opera bajo el Programa “Low-Income Housing Tax Credit/ Crédito fiscal para viviendas de bajos ingresos” (LIHTC por sus siglas en inglés) de la Sección 42 del Código de Impuestos Internos. La recopilación de cierta información sobre los residentes está autorizada por la Ley de Vivienda y Recuperación Económica del 2008/ Housing & Economic Recovery y será suministrada al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU./U.S. Department of Housing & Urban Development (HUD por sus siglas en inglés). Se debe ofrecer a todos los hogares la oportunidad de revelar la raza, etnicidad y condición de discapacidad. Se solicita que los padres y tutores legales revelen esta información por los niños en el hogar que son menores de 18 años. No se penaliza a los hogares que no desean proporcionar la información solicitada. No obstante, todos los miembros adultos (18 años o más) deben firmar e indicar la fecha al final de este documento como prueba de haber recibido la opción de revelar dicha información.

A. Las cinco categorías de raza quedan definidas a continuación: Debe marcar tantas y como correspondan a su situación.

1. **Indio americano (amerindio) o nativo de Alaska.** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de Norteamérica y Sudamérica (incluida Centroamérica) y que mantienen afiliación tribal o asociación con la comunidad.
2. **Asiático.** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas del Extremo Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, que incluyen por ejemplo, Camboya, China India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
3. **Negro o afroamericano.** Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Se pueden usar términos como “haitiano” o “negro” además de “afroamericano”.
4. **Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico.** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de Hawái, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.
5. **Blanco.** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de Europa, Oriente medio o el norte de África.

B. Las dos categorías étnicas quedan definidas a continuación. Debe marcar una de las dos categorías.

1. **Hispano o latino.** Una persona de cultura/origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura/origen hispano, sin importar la raza. Además de “hispano” o “latino” se puede usar la expresión “origen hispano”.
2. **No hispano o latino.** Una persona que no es de cultura/origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura/origen hispano.

C. La definición de persona “discapacitada” en la Ley de Equidad en la Vivienda/Fair Housing Act establece que:

- Según la ley federal, un individuo se considera discapacitado si tiene un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o varias actividades importantes de la vida; cuenta con un documento que registra tal impedimento o se la considera que tiene tal impedimento. El término “impedimento físico o mental” incluye, entre otras cosas, las enfermedades y problemas de salud tales como los impedimentos ortopédicos, visuales, del habla y auditivos, parálisis cerebral, autismo, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes, infección por el virus de inmunodeficiencia humana, retraso mental, enfermedad emocional, adicción a las drogas (excepto la adicción causada por el uso ilegal actual de una sustancia controlada), o alcoholismo [24 CFR 100].
- La expresión “limita considerablemente” sugiere que tal limitación es “significativa” o “a un grado elevado”.
- “Actividades importantes de la vida” se refiere a aquellas actividades que tienen una importancia central en la vida diaria, como por ejemplo ver, escuchar, caminar, respirar, realizar tareas manuales, cuidar de uno mismo, aprender y hablar.

HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS

Property Name: _____

Unit Number: _____

Head of Household: _____

Telephone: _____

HOUSEHOLD COMPOSITION										
Mbr #	FIRST NAME	LAST NAME	MI	RELATIONSHIP TO HEAD OF HOUSEHOLD						
				Head	Spouse	Adult Co-Head	Child	Foster Child/Adult	Live-in Aid	Other
1				☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Check ALL that apply for each household member.							
(A) RACIAL CATEGORIES *	HOH Member #1	Member #2	Member #3	Member #4	Member #5	Member #6	Member #7
White	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Black or African American	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
American Indian or Alaska Native	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Asian	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Native Hawaiian or Pacific Islander	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chose Not to Disclose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Check one for each household member.							
(B) ETHNIC CATEGORIES *	HOH Member #1	Member #2	Member #3	Member #4	Member #5	Member #6	Member #7
Hispanic or Latino	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Not Hispanic or Latino	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chose Not to Disclose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(C) DISABILITY STATUS *	HOH Member #1	Member #2	Member #3	Member #4	Member #5	Member #6	Member #7
Are any household members disabled according to Fair Housing Act? If "yes" check box in this row.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
If "no" check box in this row.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chose Not to Disclose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Please refer to the attached page for definitions of race, ethnicity and disability.

Reasonable Accommodation: If a third party is required to assist with the completion of this document, add their signature and date, printed name, relationship, and phone number to the bottom of this page.

Head of Household Signature _____

Date _____

Member #2 Signature _____

Date _____

Member #3 Signature _____

Date _____

Member #4 Signature _____

Date _____

This institution is an equal opportunity provider



INSTRUCTIONS FOR HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS FORM

You have applied for a rental housing unit located in a development operating under the “Low-Income Housing Tax Credit” (LIHTC) Program of Section 42 of the Internal Revenue Code. The collection of certain resident data is authorized by the Housing & Economic Recovery Act of 2008, and will be furnished to the U.S. Department of Housing & Urban Development (HUD). Each household must be offered the opportunity to disclose their race, ethnicity, and disability status. Parents/guardians are asked to disclose on behalf of all children in the household who are under the age of 18. There is no penalty for those households who do not wish to provide the requested information. However, all adult members (18 years or older) must sign/date at the bottom of the form as proof that the option to disclose was made available.

- A. The five race categories to choose from are defined below: You should check as many as apply to you.
1. **American Indian or Alaska Native.** A persons having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.
 2. **Asian.** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
 3. **Black or African American.** A person having origins in any of the black racial groups of Africa. Terms such as “Haitian” or “Negro” can be used in addition to “Black” or “African American”.
 4. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander.** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
 5. **White.** A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.
- B. The two ethnic categories you should choose from are defined below. You should check one of the two categories.
1. **Hispanic or Latino.** A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. The term “Spanish origin” can be used in addition to “Hispanic” or “Latino”.
 2. **Not Hispanic or Latino.** A person not of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- C. Fair Housing Act’s Definition of “Disabled”:
- Under federal law, an individual is disabled if he/she has a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities; has a record of such an impairment, or is regarded as having such an impairment. The term “physical or mental impairment” includes, but is not limited to, such diseases and conditions as orthopedic, visual, speech, and hearing impairments, cerebral palsy, autism, epilepsy, muscular dystrophy, multiple sclerosis, cancer, heart disease, diabetes, Human Immunodeficiency Virus infection, mental Retardation, emotional illness, drug addiction (other than addiction caused by current, illegal use of a controlled substance), or alcoholism [24 CFR 100].
 - The term “substantially limits” suggest that the limitation is “significant” or “to a large degree”.
 - “Major Life Activities” means those activities that are of central importance to daily life, such as seeing, hearing, walking, breathing, performing manual tasks, caring for one’s self, learning and speaking.

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.

Nombre del solicitante:											
Dirección postal:											
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:										
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:											
Dirección:											
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:										
Dirección de correo electrónico (si corresponde):											
Relación con el solicitante:											
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda) <table border="0"> <tr> <td>☐ Emergencia</td> <td>☐ Ayuda con el proceso de recertificación</td> </tr> <tr> <td>☐ No es posible comunicarse con usted</td> <td>☐ Cambio en los términos del arrendamiento</td> </tr> <tr> <td>☐ Rescisión de la asistencia de alquiler</td> <td>☐ Cambio en las reglas de la casa</td> </tr> <tr> <td>☐ Desalojo de la unidad</td> <td>☐ Problema de mascotas (no se puede contactar al hogar)</td> </tr> <tr> <td>☐ Pago atrasado de la renta</td> <td>☐ Otro: _____</td> </tr> </table>		☐ Emergencia	☐ Ayuda con el proceso de recertificación	☐ No es posible comunicarse con usted	☐ Cambio en los términos del arrendamiento	☐ Rescisión de la asistencia de alquiler	☐ Cambio en las reglas de la casa	☐ Desalojo de la unidad	☐ Problema de mascotas (no se puede contactar al hogar)	☐ Pago atrasado de la renta	☐ Otro: _____
☐ Emergencia	☐ Ayuda con el proceso de recertificación										
☐ No es posible comunicarse con usted	☐ Cambio en los términos del arrendamiento										
☐ Rescisión de la asistencia de alquiler	☐ Cambio en las reglas de la casa										
☐ Desalojo de la unidad	☐ Problema de mascotas (no se puede contactar al hogar)										
☐ Pago atrasado de la renta	☐ 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.											
Declaración de confidencialidad: 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.



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.

Applicant Name:			
Mailing Address:			
Telephone No:	Cell Phone No:		
Name of Additional Contact Person or Organization:			
Address:			
Telephone No:	Cell Phone No:		
E-Mail Address (if applicable):			
Relationship to Applicant:			
Reason for Contact: (Check all that apply) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Emergency ☐ Unable to contact you ☐ Termination of rental assistance (RD only) ☐ Eviction from unit ☐ Late payment of rent </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Assistance with Recertification Process (RD / Tax Credit only) ☐ Change in lease terms ☐ Change in house rules ☐ Pet issue (household cannot be contacted) ☐ Other: _____ </td> </tr> </table>		☐ Emergency ☐ Unable to contact you ☐ Termination of rental assistance (RD only) ☐ Eviction from unit ☐ Late payment of rent	☐ Assistance with Recertification Process (RD / Tax Credit only) ☐ Change in lease terms ☐ Change in house rules ☐ Pet issue (household cannot be contacted) ☐ Other: _____
☐ Emergency ☐ Unable to contact you ☐ Termination of rental assistance (RD only) ☐ Eviction from unit ☐ Late payment of rent	☐ Assistance with Recertification Process (RD / Tax Credit only) ☐ Change in lease terms ☐ Change in house rules ☐ Pet issue (household cannot be contacted) ☐ Other: _____		
Commitment of Owner and Management Agent: 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.			
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.			

☐ 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



REFERENCIAS DE PROPIETARIO

Entregar a:

Nombre del propietario: _____
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)

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.



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 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.

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.

