I N S T R U C C I O N E S

LEA CON DETENIMIENTO. **NO SE ACEPTARÁN** SOLICITUDES INCOMPLETAS.

1. **COMPLETE TODAS LAS ÁREAS:** Si algún punto no se aplica a su caso, responda "NO" en la pregunta correspondiente o coloque un "0" si es una línea o sección de monto en dólares.
    a. Todos los miembros del hogar con 18 años de edad o más deben informar sus ingresos.
    b. Deben informarse también todos los activos e ingresos no devengados (como los pagos del SSI) de todos los miembros de edad, incluidos los menores.
2. Se requieren las **FIRMAS** de todos los solicitantes adultos de 18 años de edad o más.
3. Se requieren **COPIAS DE TODAS LAS TARJETAS DEL SEGURO SOCIAL** de todos los que figuren en la solicitud.
4. **ENVÍE SU SOLICITUD A:**

Fairport Senior Apartments at The Crosman
42 East Avenue
Fairport, NY 14450
Teléfono: (585) 377-1190,
Voz (711) Teléfono para sordomudos

NOTA: NO SE ADMITEN MASCOTAS. (Se aceptarán animales de servicio para personas con discapacidades. En estos casos, debe presentarse la documentación requerida.)

Su solicitud ha sido devuelta porque:

o **Usted no completó todas las áreas o no firmó la solicitud**.

Si quiere que lo consideren para la vivienda, regrese su solicitud junto con la información que falta.

Equal Housing Opportunity

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CRÉDITO PARA LA VIVIENDA

Fecha de recepción: _____
Hora de recepción: _____
Ingreso estimado: _____
Nivel de ingreso: _____

- Si la información proporcionada por, o acerca de, cualquier solicitante, cualquiera sea la fuente, en cualquier momento durante el proceso de evaluación revela información negativa en relación a la capacidad del solicitante de cumplir con las obligaciones del alquiler, la información se investigará como parte del proceso de evaluación de selección del inquilino y se preguntará a dicho solicitante como parte de la política de aplicación uniforme que alcanza a todos los solicitantes.
- Todos los solicitantes deben ser capaces de cumplir con las obligaciones básicas del alquiler; deben poder pagar la renta, cuidar del apartamento, informar los datos requeridos a Baldwin Real Estate Corp., evitar molestar a los vecinos, etc., pero no existe requerimiento alguno de que sean capaces de hacerlo sin asistencia.
- Baldwin Real Estate Corp. es una compañía de gestión que proporciona viviendas asequibles a los hogares elegibles, hogares de personas de la tercera edad y personas solas. A Baldwin Real Estate Corp. se le prohíbe discriminar a los solicitantes en base a su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, discapacidad o condición familiar. Además, Baldwin Real Estate Corp. tiene la obligación legal de brindar "alojamiento razonable" a los solicitantes en caso de que ellos o cualquier miembro de su hogar sufra de una discapacidad.
- Por alojamiento razonable se entiende alguna modificación o cambio que Baldwin Real Estate Corp. puede hacer en sus apartamentos o procedimientos que ayudará a asistir a un solicitante que de otro modo es elegible con su discapacidad, a fin de que este último aproveche los programas del gobierno.
- Si usted o un miembro de su hogar tiene una discapacidad y piensa que podría necesitar o desear un alojamiento razonable, puede solicitarlo en cualquier momento del proceso de solicitud o después de la admisión. Si usted prefiere no hablar acerca de su situación con la compañía de gestión, es su derecho no hacerlo.

Información del hogar

Comenzando por el Jefe del hogar, enumere todos los miembros del hogar que vivirán con usted en el apartamento para el que presenta la solicitud.

Nombre Primer nombre, segundo nombre y apellido	Estudiante de tiempo completo S/N	Relación con el jefe del hogar	M/F	Número del seguro social	Fecha de nacimiento Mes/día/año	Raza ** 1,2,3,4,5	Etnia H o NH **
		Jefe					

Raza: **1**. Blanco **2**. Negro o afroamericano **3.** Indoamericano o Alasqueño nativo **4.** Asiático **5**. Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico **6.** Otro

Etnia: Hispano o latino / Ni hispano ni latino

** La información al respecto de la raza, etnia e identificación de género requerida en esta solicitud se pide a fin de asegurar al Gobierno Federal, actuando a través del Programa de Crédito para la Vivienda, el cumplimiento de las leyes federales que prohíben la discriminación contra solicitudes de inquilino por su raza, color, nacionalidad, religión, sexo, situación de familia, edad y discapacidad. Usted no se encuentra obligado a proporcionar esta información, pero lo animamos a hacerlo. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni discriminarlo de forma alguna. Sin embargo, si opta por no brindar estos datos, el propietario deberá suponer la raza, etnia y sexo de los solicitantes individuales en base a la observación visual o apellido.

Dirección actual:		Número de teléfono del hogar:	
		Número de teléfono celular:	
		Número de teléfono alternativo:	

Información del solicitante

☐ SÍ ☐ NO 1. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene una condición que requiera un diseño de unidad especial?

[ ] Unidad sin barreras para personas con trastornos de la movilidad
[ ] Unidad para personas con trastornos visuales [ ] Unidad para personas con trastornos auditivos
[ ] Unidad de primer piso [ ] Otro _____

☐ SÍ ☐ NO 2. ¿Espera alguna adición al hogar dentro de los próximos doce meses?

Nombre y relación: _____

Explicación: _____

☐ SÍ ☐ NO 3. ¿Alguna de las personas que vive con usted actualmente no vivirá en esta propiedad?

Nombre y relación: _____

Explicación: _____

☐ SÍ ☐ NO 4. ¿Tiene la custodia plena de su(s) hijo(s)? (Obtenga una prueba de la cantidad de tiempo que su(s) hijo(s) vivirán con usted en la Unidad. Necesitaremos una copia de la documentos de custodia.)

Explicación: _____

☐ SÍ ☐ NO 5. ¿Hay algún miembro de su hogar ausente que en condiciones normales viviría con usted? (Por ejemplo, un cónyuge en el servicio militar.)

Explicación: _____

☐ SÍ ☐ NO 6. ¿Su hogar tiene o planea tener alguna mascota además de las que se usan como animales de servicio?

Especifique el tipo de mascota: _____

Información previa del hogar

☐ SÍ ☐ NO 1. ¿Actualmente vive en una vivienda asequible?

☐ SÍ ☐ NO 2. ¿Cuenta con un cupón de Sección 8 o un cupón de cualquier otro tipo de asistencia para la vivienda?

☐ SÍ ☐ NO 3. ¿Alguna vez recibió una Notificación de desalojo o un arrendador previo le pidió que deje la unidad?

☐ SÍ ☐ NO 4. ¿Alguna vez un arrendador previo le envió una notificación por violación del alquiler?

☐ SÍ ☐ NO 5. ¿Alguna vez lo desalojaron?

☐ SÍ ☐ NO 6. ¿Alguna vez desalojaron a un miembro de su hogar de una vivienda con asistencia federal por actividades relacionadas con las drogas?

Si marcó "SÍ" en alguno de los recuadros de arriba, explique las circunstancias en la página de papel adjunta e identifique tanto la propiedad como el arrendador.

Divulgación de antecedentes penales

☐ SÍ ☐ NO 1. ¿Alguno de los miembros de su hogar ha sido condenado alguna vez por un delito relacionado con el sexo o se encuentra sujeto a un registro de por vida en un programa de registro de delincuentes sexuales en el Estado?

Enumere todos los estados en los que alguna vez haya residido en los últimos siete años, además del estado donde vive actualmente. _____

☐ SÍ ☐ NO 2. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fue condenado(a) alguna vez por un delito grave?

☐ SÍ ☐ NO 3. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fue condenado(a) por vender o fabricar drogas ilegales?

Explicación: _____

☐ SÍ ☐ NO 4. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fue condenado(a) alguna vez por daños a una propiedad?

Explicación: _____

☐ SÍ ☐ NO 5. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fue condenada alguna vez por entrar en gorma ilegal a una propiedad?

Explicación: _____

Referencias de vivienda

Enumere los últimos CINCO años de referencias de vivienda. *(Si requiere espacio adicional, utilice una hoja de papel separada)*

	Nombre/ Dirección/ Teléfono del propietario actual	Su dirección	Propia/Alquilada	Fechas
Nombre:	_____	_____	☐ Propia	_____ Desde
Dirección:	_____	_____	☐ Alquilada	_____ Hasta
	_____	_____		
Teléfono:	_____			

	Nombre/ Dirección/Teléfono del propietario anterior	Su dirección	Propia/Alquilada	Fechas
Nombre:	_____	_____	☐ Propia	_____ Desde
Dirección:	_____	_____	☐ Alquilada	_____ Hasta
	_____	_____		
Teléfono:	_____			
Nombre:	_____	_____	☐ Propia	_____Desde
Dirección:	_____	_____	☐ Alquilada	_____Hasta
	_____	_____		
Teléfono:	_____			

Identificación de vehículos

Enumere la información sobre vehículos para todos los vehículos que pertenezcan a, o sean operados por, un miembro de su hogar.

	Placa/Chapa de licencia #	**Estado que la emitió**	**Marca/Modelo/Año**
Vehículo #1	_____	_____	_____
Vehículo #2	_____	_____	_____

Contacto de emergencia

Coloque el nombre de alguien en el área que no figure en la solicitud.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Relación_____ Años de relación_____

Información de ingresos

Se tomarán en cuenta los ingresos de aquellos individuos de 18 años de edad o más (a menos que se trate de menores legalmente emancipados). Sin embargo, si se trata de un ingreso no devengado, como un subsidio o beneficio, el mismo se tomará en cuenta para todos los miembros del hogar, incluyendo los menores de edad (como en el caso de la Seguridad de Ingreso Complementario (SSI)).

¿USTED o ALGÚN miembro de su hogar recibe O espera recibir ingresos por los motivos indicados a continuación? (Incluya todos los ingresos que recibirá en los próximos 12 meses. Debe responder a todos los casos).

☐ SÍ ☐ NO 1. Sueldos o salarios de empleado *(Incluya las horas extras, propinas, bonificaciones, comisiones y pagos recibidos en efectivo.)*

Miembro del hogar	Nombre de la compañía	Monto

☐ SÍ ☐ NO 2. Trabajo por cuenta propia *(incluya las horas extras, propinas, bonificaciones, comisiones y pagos recibidos en efectivo).*

Miembro del hogar	Tipo de negocio	Monto

☐ SÍ ☐ NO 3. Seguridad Social, SSI o cualquier otro pago de la Administración de Seguridad Social (SSA).
(Este es el monto bruto antes de cualquier deducción del seguro médico o cualquier otra deducción.)

Miembro del hogar	Oficina de SSA	Monto

☐ SÍ ☐ NO 4. Programa suplementario estatal de la Oficina de Asistencia Temporaria y por Discapacidad (OTDA) del Estado de Nueva York (NYS). (Monto estatal que solía recibir con su pago de SSI)

Miembro del hogar	Oficina	Monto

☐ SÍ ☐ NO 5. Pago regular como miembro de las Fuerzas Armadas/Milicias o Guardia Nacional.

Miembro del hogar	Nombre de la base y rama	Monto

☐ SÍ ☐ NO 6. Beneficios por desempleo o indemnización por accidentes de trabajo. (Montos brutos semanales antes de las deducciones)

Miembro del hogar	Trabajador social	Monto

☐ SÍ ☐ NO 7. Asistencia pública, reparación global o Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF).
(No incluya los cupones para alimentos)

Miembro del hogar	Trabajador social	Monto

☐ SÍ ☐ NO 8. Pagos regulares de un beneficio para veteranos, pensión, beneficio por retiro o rentas anuales.

Miembro del hogar	Trabajador social	Monto

☐ SÍ ☐ NO 9. a) Manutención infantil o pensión alimentaria.
(Debemos considerar la manutención por orden de un tribunal, ya sea que sea recibida o no, a menos que se hayan iniciado acciones legales para remediar la situación. También debemos tomar en cuenta la manutención que no haya sido ordenada por un tribunal, pero que sea recibida directamente del pagador.)

Miembro del hogar	Trabajador social	Monto

b) ¿Cómo se recibe el apoyo? *(Marque todas las que correspondan)*

☐	Agencia de Cumplimiento de Manutención Infantil	Nombre de la agencia: _____
☐	Tribunal de justicia	Nombre del tribunal: _____
☐	Directamente de una persona	Nombre de la persona: _____
☐	Otro	Explique: _____

☐ SÍ ☐ NO c) Si un tribunal ordenó la manutención/pensión alimenticia pero en realidad no la recibe, ¿iniciará un proceso legal para remediar la situación?

Explicación:_____

☐ SÍ ☐ NO 10. Pagos regulares de un paquete de indemnización

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

☐ SÍ ☐ NO 11. Pagos regulares de cualquier tipo de liquidación (por ejemplo, la de un seguro).

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

☐ SÍ ☐ NO 12. Pagos regulares, donaciones o pagos de cualquier persona fuera del hogar *(esto incluye a cualquier persona que complemente su ingreso o pague cualquiera de sus cuentas, lo que abarca contribuciones en efectivo o pagos directos de los miembros de la familia o amigos, etc.).*

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

☐ SÍ ☐ NO 13. Pagos regulares por ganancia de loterías o herencias.

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

☐ SÍ ☐ NO 14. Pagos regulares de propiedades alquiladas u otros tipos de transacciones de bienes inmuebles.

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

☐ SÍ ☐ NO 15. Ayuda económica estudiantil o subsidios de cualquier fuente gubernamental pública o privada.
(Debemos considerar la ayuda económica estudiantil sin incluir los préstamos, para ciertos hogares que reciben la asistencia de la Sección 8.)

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

☐ SÍ ☐ NO 16. Cualquier otra fuente de ingreso que no figura en la lista.

Miembro del hogar	Fuente del beneficio	Monto

☐ SÍ ☐ NO 17. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar espera que haya algún cambio en su ingreso en los próximos 12 meses?

Explicación:_____

Información de activos

Se contabilizan los activos de todos los miembros del hogar, incluyendo a los menores de 18 años. Incluya todos los activos que tenga y el ingreso derivado de los mismos (si es necesario, adjunte tantas páginas adicionales como sea necesario).

¿USTED o ALGUNO de los miembros de su hogar tiene alguno de los siguientes activos: (debe responder a todos los casos)

☐ SÍ ☐ NO 1. Caja de ahorros. *(Esto incluye una tarjeta de débito directo expreso de beneficio emitida por el seguro social, las leyes de manutención infantil, la asistencia pública, etc.)*

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

☐ SÍ ☐ NO 2. Cuenta corriente.

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

☐ SÍ ☐ NO 3. Certificados de depósito, cuentas a plazo fijo, bonos de ahorro o letras del tesoro.

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

☐ SÍ ☐ NO 4. Acciones, bonos o títulos.

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

☐ SÍ ☐ NO 5. Fondos fiduciarios. (Incluyendo cuentas de entierro)

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

☐ SÍ ☐ NO 6. Pensiones, cuentas de retiro individual, 401k, Keogh u otras cuentas de retiro.

Miembro del hogar	Institución financiera	Monto

☐ SÍ ☐ NO 7. Seguro de vida entera o una póliza de seguro de vida universal (no incluya ningún seguro de vida a plazo).

Miembro del hogar	Agente de seguros	Monto

☐ SÍ ☐ NO 8. Bienes inmuebles, propiedades alquiladas, contratos por tierras o títulos, u otras participaciones de inmuebles *(Esto incluye su residencia personal, casas rodantes, terrenos desocupados, casas de uso vacacional o propiedades comerciales.)*

Miembro del hogar	Dirección de la propiedad	Monto

☐ SÍ ☐ NO 9. Propiedad personal mantenidas como una inversión *(esto incluye pinturas, colecciones de monedas o estampillas, obras de arte, autos de colección o exhibición y antigüedades. Esto no incluye sus pertenencias personales, como su auto, muebles o prendas de vestir.)*

Miembro del hogar	Descripción de la propiedad	Monto

☐ SÍ ☐ NO 10. Caja de seguridad.

Miembro del hogar	Institución financiera	Descripción/`Monto

☐ SÍ ☐ NO 11. ¿Vendió o se deshizo de algún activo valuado en más de $5,000 en los últimos dos años?

Si su respuesta es sí, detalle el tipo de activo (por ejemplo, dinero/terreno/casa) _____

Valor de mercado al momento en que lo vendió o se deshizo de él $_____ Monto por el que lo vendió o se deshizo de él $ _____

Fecha de la transacción _____

Condición del solicitante

Las preguntas siguientes corresponden a los requerimientos de elegibilidad específicos del Programa de Crédito para la Vivienda.

☐ SÍ ☐ NO 1. ¿Usted o algún miembro ADULTO de su hogar dice no tener ningún ingreso?

Miembro del hogar: _____

Explicación: _____

☐ SÍ ☐ NO 2. ¿Usted o alguno de los miembros ADULTOS de su hogar le requerirá un cuidador que vive en su casa que se viva de manera independiente?

Nombre del cuidador: _____

Relación (si hay alguna): _____

☐ SÍ ☐ NO 3. ¿Su hogar es elegible para alguna preferencia de vivienda?

Identifique su preferencia:

_____ Veteranos discapacitados

_____ Condiciones de vivienda por debajo del estándar

_____ Desplazamiento por desastre natural

☐ SÍ ☐ NO 4. **¿Todas las personas del hogar son o han sido estudiantes de tiempo completo *durante cinco meses calendarios* de este año o planean serlo en el próximo año calendario en una institución educativa (que no sea una escuela por correspondencia) con personal educativo y estudiantes regulares?**

*Si su respuesta es **SÍ,** complete lo siguiente:*

¿Alguno de los estudiantes de tiempo completo está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta?	☐ SÍ ☐ NO
¿Alguno de los estudiantes inscritos en un programa de capacitación laboral está recibiendo asistencia de acuerdo con la Ley de Cooperación para la Capacitación Laboral?	☐ SÍ ☐ NO
¿Alguno de los estudiantes de tiempo completo es destinatario de las facilidades del Título IV (TANF)?	☐ SÍ ☐ NO
¿Alguno de los estudiantes de tiempo completo es un padre soltero o madre soltera que viva con su hijo menor de edad y no dependa de la declaración de impuestos de otra persona?	☐ SÍ ☐ NO

Cláusula de firma

Comprendo que la gestión confía en esta información para probar la elegibilidad de mi hogar para el Programa de Crédito para la Vivienda. Certifico que toda la información y las respuestas a las preguntas de arriba son veraces y completas según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para la divulgación de la información necesaria a fin de determinar mi elegibilidad. Entiendo que proporcionar información falsa, o hacer declaraciones contrarias a la verdad, podría constituir un motivo para el rechazo de mi solicitud. También comprendo que tales acciones podrían resultar en sanciones penales.

Autorizo a la gestión a verificar la información contenida en esta solicitud para los fines de corroborar mi elegibilidad para la ocupación. Proporcionaré toda la información necesaria, incluyendo los nombres, direcciones, números de teléfono y números de cuenta fuentes, según corresponda, así como también cualquier información necesaria para agilizar este proceso. Entiendo que mi ocupación está condicionada al cumplimiento de los criterios de selección de residentes de la gestión y los requerimientos del Programa de Crédito para la Vivienda.

Entiendo o entendemos que Fairport Senior Apartments at The Crosman realizará una verificación de crédito, antecedentes penales y referencias de arrendadores a fin de determinar la elegibilidad para la residencia. Las verificaciones de crédito, antecedentes penales y referencias de arrendadores se llevarán a cabo para todos los solicitantes de 18 años o más.

Todos los miembros ADULTOS del hogar (de 18 años o más) deben firmar a continuación:

_____	_____
Firma del jefe del hogar	Fecha
_____	_____
Firma de otro miembro del hogar de 18 años de edad o más	Fecha
_____	_____
Firma de otro miembro del hogar de 18 años de edad o más	Fecha
_____	_____
Firma de otro miembro del hogar de 18 años de edad o más	Fecha

Todos los solicitantes de 18 años de edad o más deben completar la planilla adjunta sobre la Información de antecedentes penales y delincuencia sexual.

Fairport Senior Apartments at The Crosman

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES Y DELINCUENCIA SEXUAL

La ley federal exige a Fairport Senior Apartments at The Crosman que obtenga información de antecedentes penales y de delincuencia sexual para todos los miembros adultos del hogar que soliciten asistencia para la vivienda. Para que podamos hacer esto, todos los miembros del hogar de 18 años o más deben responder las preguntas de abajo y luego firmar para dar su consentimiento para la verificación de antecedentes. Estas preguntas se refieren a actividades relacionadas con las drogas y otros crímenes, las cuales podrían afectar de manera adversa la salud, seguridad o bienestar de otros residentes.

Fairport Senior Apartments at The Crosman denegará la solicitud de cualquier solicitante que no brinde información completa y precisa en este formulario o no proporcione su consentimiento para una verificación de antecedentes.

1. ¿Alguna vez fue desalojado de un sitio con asistencia federal como consecuencia de actividad criminal o relacionada con las drogas en los últimos 3 años? SÍ_____ NO____
2. ¿Actualmente usa drogas ilegales o abusa del alcohol? SÍ_____ NO____
3. ¿Actualmente se encuentra sujeto a los requerimientos de registro de por vida en el programa de registro de delincuentes sexuales? SÍ_____ NO____
4. ¿Recibió alguna condena por algún crimen relacionado con drogas en los últimos cinco años? SÍ_____ NO____
5. ¿Recibió alguna condena por un delito grave en los últimos cinco años? SÍ_____ NO____
6. ¿Recibió alguna condena por un crimen que involucraba fraude o deshonestidad en los últimos cinco años? SÍ_____ NO____
7. ¿Recibió alguna condena por un crimen que involucraba violencia en los últimos cinco años? SÍ_____ NO____
8. ¿Actualmente es acusado de alguna de las actividades criminales antes mencionadas? SÍ_____ NO____
9. Enumere todos los estados en los que ha vivido o en los que ha tenido licencia de conducir y los números de licencia de cada uno:
   _____
10. ¿Alguna vez usó o se lo conoció por otro nombre? SÍ_____ NO____

    Si su respuesta fue sí, enumere los nombres que usó:_____

Entiendo que la información de arriba es necesaria para determinar mi elegibilidad para la residencia. Certifico que mis respuestas a las preguntas de arriba son veraces y completas a mi leal saber y entender. Certifico que mis respuestas a las preguntas de arriba son veraces y completas a mi leal saber y entender. Autorizo a Fairport Senior Apartments at The Crosman a verificar la información de arriba y doy mi consentimiento para la divulgación de la información necesaria a fin de determinar mi elegibilidad.

Mediante la presente autorizo a las agencias de cumplimiento de la ley a divulgar mis registros de antecedentes penales y/o información del registro de delincuentes sexuales a Fairport Senior Apartments at The Crosman, a una agencia que Fairport Senior Apartments at The Crosman contrate para hacer la verificación de antecedentes penales.

FIRMA DEL SOLICITANTE_____ FECHA_____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____
(Impreso)

Fairport Senior Apartments at The Crosman

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES Y DELINCUENCIA SEXUAL

La ley federal exige a Fairport Senior Apartments at The Crosman que obtenga información de antecedentes penales y de delincuencia sexual para <u>todos los miembros adultos del hogar</u> que soliciten asistencia para la vivienda. Para que podamos hacer esto, todos los miembros del hogar de 18 años o más deben responder las preguntas de abajo y luego firmar para dar su consentimiento para la verificación de antecedentes. Estas preguntas se refieren a actividades relacionadas con las drogas y otros crímenes, las cuales podrían afectar de manera adversa la salud, seguridad o bienestar de otros residentes.

Fairport Senior Apartments at The Crosman denegará la solicitud de cualquier solicitante que no brinde información completa y precisa en este formulario o no proporcione su consentimiento para una verificación de antecedentes.

1. ¿Alguna vez fue desalojado de un sitio con asistencia federal como consecuencia de actividad criminal o relacionada con las drogas en los últimos 3 años? SÍ_____ NO____
2. ¿Actualmente usa drogas ilegales o abusa del alcohol? SÍ_____ NO____
3. ¿Actualmente se encuentra sujeto a los requerimientos de registro de por vida en el programa de registro de delincuentes sexuales? SÍ_____ NO____
4. ¿Recibió alguna condena por algún crimen relacionado con drogas en los últimos cinco años? SÍ_____ NO____
5. ¿Recibió alguna condena por un delito grave en los últimos cinco años? SÍ_____ NO____
6. ¿Recibió alguna condena por un crimen que involucraba fraude o deshonestidad en los últimos cinco años? SÍ_____ NO____
7. ¿Recibió alguna condena por un crimen que involucraba violencia en los últimos cinco años? SÍ_____ NO____
8. ¿Actualmente es acusado de alguna de las actividades criminales antes mencionadas? SÍ_____ NO____
9. Enumere todos los estados en los que ha vivido o en los que ha tenido licencia de conducir y los números de licencia de cada uno:
   _____
10. ¿Alguna vez usó o se lo conoció por otro nombre? SÍ_____ NO____

    Si su respuesta fue sí, enumere los nombres que usó:_____

Entiendo que la información de arriba es necesaria para determinar mi elegibilidad para la residencia. Certifico que mis respuestas a las preguntas de arriba son veraces y completas a mi leal saber y entender. Certifico que mis respuestas a las preguntas de arriba son veraces y completas a mi leal saber y entender. Autorizo a Fairport Senior Apartments at The Crosman a verificar la información de arriba y doy mi consentimiento para la divulgación de la información necesaria a fin de determinar mi elegibilidad.

Mediante la presente autorizo a las agencias de cumplimiento de la ley a divulgar mis registros de antecedentes penales y/o información del registro de delincuentes sexuales a Fairport Senior Apartments at The Crosman, a una agencia que Fairport Senior Apartments at The Crosman contrate para hacer la verificación de antecedentes penales.

FIRMA DEL SOLICITANTE_____ FECHA_____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____
(Impreso)