

Nombre del Solicitante: _____

82 W. Queen Street - Chambersburg, PA 17201
(717) 977-3900 www.luminest.org

VERIFIQUE SU SOLICITUD

- Requerimos una tarifa de solicitud no reembolsable de \$15 por adulto con la solicitud. Aceptamos giro postal o cheque. **NO EFECTIVO.** (Para los solicitantes de la Sección 811, la tarifa está exenta).
- Por favor, lea y responda cada pregunta en la solicitud. Si hay preguntas que no le apliquen a usted, marque no o escriba **N/A** para "no aplicable".
Las solicitudes INCOMPLETAS serán devueltas.
- **NO USE CORRECTOR BLANCO.** Use solo un lapicero negro o azul para llenar la solicitud. Toda la información proporcionada necesitará documentación y será verificada.
- **Llame al 717-977-3900 para programar una cita para presentar su solicitud.**
Las citas se realizan en Chambersburg, Gettysburg y Shippensburg.

******Por cada miembro en la solicitud, necesitaremos copias de los elementos (que le apliquen):**

<u>Verificación de Identidad</u>	<u>Verificación de Ingresos</u>	<u>Verificación de Bienes</u>	<u>Misceláneo</u>
☐ Partida de Nacimiento	☐ Talones de Pago: de los últimos dos meses Quincenal (7), Semanal (10)	☐ Estados de todas cuentas bancarias de los últimos dos meses (debe incluir todas las páginas)	☐ información de Su Propietario (Página 2)
☐ Identificación con Foto: (licencia de conducir, pasaporte, identificación militar)	☐ Carta actual de verificación de beneficios del Seguro Social	☐ Estados recientes para cuentas de Cash App/Paypal/Venmo	☐ Tarifa no reembolsable de \$15.00 por cada adulto
☐ Tarjeta de Seguro Social	☐ Información de SSI (año actual)	☐ Información de SSP	☐ La tarifa de solicitud no aplica a los solicitantes de la Sección 811
	☐ Indemnización Laboral	☐ Póliza de seguro de vida	☐ Firmas requeridas
	☐ Información sobre bonos	☐ Bonos de ahorros	
	☐ Documentos de TANF	☐ Carta de Desempleo	
	☐ Orden judicial de manutención infantil	☐ Cuentas de jubilación o inversiones	
	☐ Información de ingresos recurrentes		

Solicitantes de la Sección 811: Por favor, soliciten y firmen el formulario suplementario #92006

Toda la información proporcionada necesitará documentación y será verificada.

Personal: Por favor, realicen una inspección visual de los documentos

Portada A

Actualizado Mayo 2025

NOMBRE: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN ACTUAL: _____

CIUDAD: _____, ESTADO _____, CODIGO POSTAL _____

La elegibilidad se basa en sus ingresos junto con su historial de crédito, récord criminal y los informes de arrendadores anteriores. Para ver si califica según su ingreso anual, consulte las tablas a continuación y tenga en cuenta el tamaño de su hogar. Finalmente, marque las propiedades a los que desea aplicar.

Propiedades de Crédito Fiscal
Guía de Maximos Ingresos Brutos Anual

	Condado de Franklin	Condado de Adams	Condado de Cumberland
1 persona	\$40,140	\$43,020	\$44,280
2 personas	\$45,840	\$49,200	\$50,640
3 personas	\$51,600	\$55,320	\$56,940
4 personas	\$57,300	\$61,440	\$63,240
5 personas	\$61,920	\$66,360	
6 personas	\$66,480	\$71,280	

Propiedad de Familia en Chambersburg:

☐ **Sunset Court** (escoja) ☐ 2 Habitaciones ☐ 3 Habitaciones

Propiedad para Mayores de Edad (62+) en Chambersburg:

☐ **Parkview Corner** (escoja) ☐ 1 Habitación ☐ 2 Habitaciones

Propiedad de Familia en Waynesboro:

☐ **Valley Terrace** (escoja) ☐ 2 Habitaciones ☐ 3 Habitaciones

☐ **Mt. Vernon Terrace** (escoja) ☐ 1 Habitación ☐ 2 Habitaciones ☐ 3 Habitaciones

Propiedad para Mayores de Edad (62+) en Waynesboro:

☐ **Wayne Gardens** (escoja) ☐ 1 Habitación ☐ 2 Habitaciones

Propiedad para Mayores de Edad (62+) en Shippensburg:

☐ **Citrus Grove** (escoja) ☐ 1 Habitación ☐ 2 Habitaciones

Propiedad de Familia en Gettysburg:

☐ **Meadow View** (escoja) ☐ 2 Habitaciones ☐ 3 Habitaciones

¿Como escucho acerca de nosotros?

- ☐ Sitio Web de Luminest
☐ Facebook
☐ Zillow/Hotpads/Trulia
☐ Estacion de Radio _____
☐ Familia o Amigo Que Vive en Una de
Nuestras Propiedades
☐ Panfleto Informativo
De: _____
☐ Otro: _____

¿Fue referido a nosotros por el programa 811? ☐ SI ☐ NO

¿Es alguien en el hogar miembro de las fuerzas armadas?

☐ SI ☐ NO

PARA USO DE LA ADMINISTRACION SOLAMENTE	
Date & Time Application Received:	
Requested Accessible Unit:	
AMI Set Aside (20%, 30%, 50%, 60%)	
Program (LIHTC, HOME, etc.):	

Aplicación de Alquiler

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS.

Número de Habitaciones (Por favor marque todos los que esté dispuesto a aceptar) ☐ 1HB ☐ 2HB ☐ 3HB

COMPOSICION DEL HOGAR

Liste cada persona que residirá en la unidad junto con toda la información solicitada. No incluya menores que estarán presentes menos del 50% del tiempo. Si hay más de 6 miembros del hogar, lístelos en una hoja separada.

Numero de Miembro	Nombre completo, incluyendo inicial del segundo nombre	Relación al cabeza de hogar	Genero [M/F]	Fecha de Nacimiento	Edad	Estudiante de Tiempo Completo [S/N]***	Ultimos 4 Digitos del Seguro Social
1		Cabeza de Hogar					
2							
3							
4							
5							
6							

*** Liste el estado de estudiante a tiempo completo para cualquier miembro que esté actualmente inscrito, espere inscribirse o haya estado inscrito en cualquier parte de 5 meses en el año calendario. Incluya grados K-12, universidad, técnica, comercial, mecánica y escuelas en línea.

INFORMACION DE CONTACTO

Dirección actual: _____

Dirección Postal: _____

Telefónico de Casa: _____ # de Celular: _____

Correo electrónico: _____

¿Alguien en esta solicitud ha sido conocido por algún otro nombre? ☐ SÍ ☐ NO

Si 'Sí' explique: _____

¿Se esperan cambios en el hogar en los próximos 12 meses? ☐ SÍ ☐ NO

Si 'Sí' explique: _____

¿Algún miembro del hogar está actualmente ausente del hogar? ☐ SÍ ☐ NO

Si 'Sí' explique: _____

¿Se esperan cambios en el estado de estudiantes en los próximos 12 meses? ☐ SÍ ☐ NO

Si 'Sí' explique: _____

HISTORIAL DE ALQUILER

Dirección actual: _____ Renta: \$ _____

Desde (mes/año): _____ Hasta (mes/año) _____ Nombre del Arrendador: _____

Telefónico del Arrendador: _____ Dirección del Arrendador: _____

Si ha vivido en su dirección actual MENOS de tres (3) años, proporcione la dirección anterior:

Dirección anterior: _____ Renta: \$ _____

Desde (mes/año): _____ Hasta (mes/año) _____ Nombre del Arrendador: _____

Telefónico del Arrendador: _____ Dirección del Arrendador: _____

ESTADO DE ESTUDIANTE

¿Todos los miembros del hogar son estudiantes a tiempo completo según se define en la página 1?

[] SI [] No

¿Hay algún estudiante adulto a tiempo parcial en el hogar?

[] SI [] No

*Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, **DEBE** responder las siguientes preguntas.*

*Si respondió **NO** a **ambas** preguntas anteriores, puede proceder a la siguiente página de la solicitud.*

¿Es usted mayor de edad según la ley estatal o de otro modo legalmente capaz de celebrar un contrato vinculante según la ley estatal?

[] Si [] No

¿El estudiante adulto a tiempo completo está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta?

[] Si [] No

¿El estudiante adulto a tiempo completo recibe asistencia bajo el Título IV de la Ley de Seguridad Social? (es decir, AFDC o TANF, pero no SS o SSI)?

[] Si [] No

¿Está el estudiante adulto a tiempo completo inscrito en un programa financiado por la Ley de Inversión en la Fuerza Laboral o un programa similar federal/estatal/local?

[] Si [] No

¿Es el estudiante adulto a tiempo completo un(a) padre/madre soltero(a) que no es reclamado como dependiente por otra persona?

[] Si [] No

¿Fue el estudiante adulto a tiempo completo anteriormente un menor en cuidado tutelar bajo la Parte B del Título IV-E de la Ley del Seguro Social?

[] Si [] No

¿Son los menores en el hogar reclamados como dependientes por un padre/madre?

[] Si [] No

¿Está el estudiante recibiendo ayuda financiera o asistencia para gastos educativos?

[] Si [] No



INGRESOS DEL HOGAR

INSTRUCCIONES SOBRE INGRESOS:

- Enumere los montos BRUTOS que se anticipa recibir durante el período de 12 meses posteriores a la fecha de vigencia de la certificación.
- Para adultos, incluya tanto ingresos ganados por empleo como ingresos no ganados. No incluya ingresos de adultos en hogares de acogida.
- Responda cada pregunta con 'SÍ' o 'NO'. Para cada respuesta 'SÍ', incluya el MONTO ANUAL BRUTO.
- **NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER.**

(Para miembros adicionales del hogar mayores de 18 años, utilice una hoja adicional.)

	Jefe(a) de Familia		Co-Jefe(a) Y/U otro Miembro	
Tipo de Ingreso	Marque S/N	Monto Anual	Marque S/N	Monto Anual
1. Empleo	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
2. Pago por horas extra o turnos	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
3. Bonos/comisiones/etc.	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
4. Propinas	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
5. Pago en efectivo (sin declarar)	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
6. Trabajo por cuenta propia	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
7. ¿Tiene un segundo empleo?	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
8. Ingresos por trabajos ocasionales (Uber, Ebay, etc.)	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
9. Contribuciones en efectivo recurrentes	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
10. Manutención infantil	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
11. Manutención infantil informal	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
12. Pensión alimenticia	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
13. Pensión alimenticia informal	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
14. Seguro Social	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
15. SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad)	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
16. SSP (Programa Suplementario Estatal)	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
17. TANF/AFDC/etc. (NO Incluya Cupones De Alimentos)	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
18. Desempleo	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
19. Pago por despido	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
20. Pensión	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
21. Ingresos de Veteranos / VA	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
22. Inversiones *	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
23. Cuenta de Anualidades *	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
24. Cuenta Fiduciaria *	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
25. Beneficios por Discapacidad/Fallecimiento *	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
26. Ayuda Financiera Estudiantil	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
27. Pago Militar	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
28. Ingresos Por Alquiler De Bienes Raíces	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
29. Otro:	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
30. Otro:	[] SÍ [] NO	\$	[] SÍ [] NO	\$
	INGRESO TOTAL	\$	INGRESO TOTAL	\$

*Incluya si está recibiendo un pago periódico regular (semanal, mensual, trimestral, anual, etc.)



Se esperan cambios en los ingresos (esto incluye aumentos salariales, trabajo de temporada, ¿jornalero) durante los próximos 12 meses? [] SI [] NO

Si respondió "Sí", por favor explique: _____

¿Algún miembro de su hogar que actualmente no trabaja espera trabajar en algún momento durante los próximos doce meses? [] SI [] NO

Información de Empleo:

Empleador: _____ # Telefónico: _____

Dirección: _____ # Fax: _____

Fecha Que Fue Contratado: _____ Nombre del Supervisor: _____

Segundo Empleador (si aplica):

Empleador: _____ # Telefónico: _____

Dirección: _____ # Fax: _____

Fecha Que Fue Contratado: _____ Nombre del Supervisor: _____

(Si tiene más de 2 empleadores, utilice una hoja adicional.)

ACTIVOS

Los activos incluyen efectivo (donde sea que se mantenga), todas las cuentas bancarias, acciones, bonos, cuentas del mercado monetario, anualidades (cuentas que no sean de jubilación), valor en efectivo de pólizas de seguro de vida completas o universales, capital en bienes raíces o inversiones de capital, artículos mantenidos como inversión (joyas, arte, colecciones de monedas o estampillas, etc.). **También debe incluir el valor de cualquier bien del que se haya deshecho en los últimos 24 meses por menos del valor justo de mercado.**

INSTRUCCIONES SOBRE ACTIVOS (BIENES):

- Enumere los activos de todos los miembros del hogar, incluyendo los menores. No incluya activos de adultos/jóvenes en hogares de acogida.
- El valor en efectivo es el valor de mercado menos cualquier costo/penalización/tarifa requerida para convertirlo en efectivo.

(Para miembros adicionales del hogar, utilice una hoja adicional. No complete esta sección para menores que NO tienen activos.)

Tipo de Activo	Jefe(a) de Familia			Co-Jefe(a) Y/U otro Miembro		
	Marque S/N	Valor Aproximado en Efectivo	Ingreso del Activo	Marque S/N	Valor Aproximado en Efectivo	Ingreso del Activo
1. Cuenta Chequera	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
2. 2 ^{da} Cuenta Chequera	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
3. Cuenta de Ahorros	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
4. 2 ^{da} Cuenta de Ahorros	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
5. Tarjeta Para Pagos Electrónico de Empleador	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
6. Direct Express (SS/SSI)	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
7. Tarjeta ACCESS (SSP/TANF) (No Incluya Estampillas de Alimentos)	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
8. Tarjeta Money Network (Desempleo)	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$



9. EPPICARD (Manutención Infantil)	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
10. Tarjeta de Débito Prepagada	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
11. Efectivo (por ejemplo, en una caja de seguridad, etc.)	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
12. Certificado(s) de Depósito	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
13. Otras Cuentas Bancarias	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
14. Fondo Mutuo	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
15. Activos	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
16. Portafolio, Cuentas de Inversión o Corretaje	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
17. Bonos de Ahorro	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
18. Bonos del Tesoro	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
19. Anualidad (no jubilación)	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
20. Fideicomiso	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
21. Seguro de Vida	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
22. Bienes Raíces	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
23. Aplicaciones de Efectivo Digitales (Venmo, PayPal, Etc.)	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
24. Otros Tipos De Activos	[] SI [] NO	\$	\$	[] SI [] NO	\$	\$
	TOTALES	\$	\$	TOTALES	\$	\$

¿Alguien ha recibido un reembolso de impuestos federales en los últimos 12 meses? [] SI, monto:\$ _____ [] NO

¿Alguien ha recibido alguna suma global en los últimos 2 años (por ejemplo, lotería/herencia)? [] SI [] NO

¿Alguien ha dispuesto de algún activo por menos del valor justo de mercado en los últimos 2 años? [] SI [] NO

Si respondió 'SÍ' a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique (incluya los montos):

Para cada activo en la tabla de activos marcado con 'SÍ', por favor complete lo siguiente:

Tipo de Activo	Nombre Miembro Del Hogar	Nombre de la Institución Financiera/Compania

Si es necesario, utilice una hoja adicional para enumerar fuentes adicionales de activos.

OTRA INFORMACION

¿Se han presentado cargos de desalojo contra usted en la oficina del magistrado de distrito por falta de pago y/o pago tardío del alquiler a su arrendador o por cualquier otra razón? ☐ SI ☐ NO

¿Alguna vez usted o algún otro miembro del hogar o persona que desea residir con usted ha sido condenado por un delito? (Omitir solo infracciones menores de tráfico; DUI (manejar bajo la influencia de alcohol o drogas) se considera un delito.) ☐ SI ☐ NO

¿Está usted o algún otro miembro de su hogar sujeto a registro de por vida como delincuente sexual en este o cualquier otro estado? Si es así, ¿quién? _____ ☐ SI ☐ NO

¿Tiene un vale de elección de vivienda (Sección 8) u otro tipo de asistencia para alquilar? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene una mascota u otros animales? Si es así, descríbalos: _____ ☐ SI ☐ NO

¿Hay alguna necesidad especial de vivienda o acomodaciones razonables (Ejemplos: una unidad para personas con discapacidad motora, visual o auditiva, ¿etc.) que el hogar necesite para satisfacer las necesidades de un miembro de la familia con discapacidad? ☐ SI ☐ NO.

Si respondió "SI", por favor explique:

¿Requerirá usted o alguien en su hogar un asistente de cuidado en el hogar ☐ SI ☐ NO
Si respondió "SI", por favor proporcione el nombre del asistente de cuidado en el hogar y la relación (si la hay): _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ # Telefónico: _____

Dirección: _____

Yo certifico/Nosotros certificamos que, si soy/somos seleccionado(s), la unidad que ocupe/ocupemos será mi/nuestra única residencia. Yo entiendo/Nosotros entendemos que la información anterior se recopila para determinar mi/nuestra elegibilidad. Yo autorizo/Nosotros autorizamos al propietario/administrador a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a contactar a arrendadores anteriores o actuales u otras fuentes de crédito e información de verificación, que pueden ser divulgadas a agencias federales, estatales o locales apropiadas. Yo certifico/Nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas según mi/nuestra leal saber y entender. Yo entiendo / Nosotros entendemos que proporcionar declaraciones o información falsa es punible y castigable bajo la ley federal

TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR DEBEN FIRMAR A CONTINUACIÓN

Firma del Jefe de Hogar: _____ Fecha: _____

Co-Jefe o Miembro Adulto: _____ Fecha: _____

Miembro Adulto: _____ Fecha: _____

Miembro Adulto: _____ Fecha: _____

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos. HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD o del propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información recopilada en base al formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada en base a este formulario de verificación está restringido a los fines citados anteriormente. Cualquier persona que a sabiendas o voluntariamente solicite, obtenga o divulgue cualquier información bajo falsos pretextos sobre un solicitante o participante puede ser sujeto a un delito menor y multado con no más de \$5,000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede presentar una acción civil por daños y buscar otros recursos, según corresponda, contra el funcionario o empleado de HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido. Las disposiciones de penalización por el uso indebido del número de seguro social están contenidas en la Ley de Seguridad Social en 208 (a) (6), (7) y (8). Las violaciones de estas disposiciones se citan como violaciones de 42 USC 408 (a) (6), (7) y (8).



Formulario de Reporte de Raza/Etnicidad/Discapacidad Familiar

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y SIGA LAS INSTRUCCIONES

La siguiente información es necesaria para poder cumplir con la Ley De Vivienda y Recuperación Económica (HERA, por sus siglas en inglés) de 2008, la cual requiere de todas las propiedades de Crédito Fiscal Para Viviendas De Bajos Ingresos (LIHTC, por sus siglas en Inglés) coleccionen y entreguen al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés), cierta información demográfica y económica de inquilinos que vivan en propiedades financiadas por LIHTC. Aunque agradeceríamos recibir esta información, puede optar por no proporcionarla. Usted no será discriminado sobre la base de esta información o si decide proporcionarla o no.

Nombre de la Propiedad: _____ # Unidad: _____

Los siguientes códigos de RAZA deben ser usados para llenar la tabla de abajo (seleccione todas las opciones que apliquen):

- 1 – Blanco
- 2 – Negro/Afroamericano
- 3 – Indioamericano/Nativo de Alaska
- 4 – Asiático
- 5 – Asiático de India
- 6 – Chino
- 7 – Filipino
- 8 – Japonés
- 9 – Koreano
- 10- Vietnamita
- 11- Otro Asiático
- 12- Nativo de Hawai/Otra Isla del Pacífico
- 13- Nativo de Hawai
- 14- Guameño o Chamorro
- 15- Samoano
- 16- Otra Isla del Pacífico
- 17- Otro
- 18- Rehúso responder la Raza

Los siguientes códigos de Etnicidad deben ser usados para llenar la tabla de abajo:

- Y – Hispano o Latino (persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro America, u otra cultura/origen español independientemente de la raza)
- N – No Hispano o Latino
- D – Rehúso responder la Etnicidad

Estado de Discapacidad: Definición de discapacidad (o impedimento) según la Ley de Equidad de Vivienda: Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, un registro de dicho impedimento o que se considere que tiene tal impedimento (24 CFR 100.201). La discapacidad no incluye el uso ilegal o la adicción a sustancias controladas.

- Y – Discapacitado
- N – No Discapacitado
- D – Rehúso responder la Discapacidad

Enter both Relationship to Head of Household, Race, Ethnicity, Disability codes (as shown above) for each household member:

Apellidos, Nombre, Inicial	Relación con Cabeza del Hogar*	Raza (Use código superior)	Etnicidad (Y/N/D)	Discapacitado (S/N/D)	Género M = Masculino F = Femenino D = Rehúso

*Por favor escriba uno de los siguientes códigos para indicar la **Relación con Cabeza del Hogar**: **H** –Cabeza del Hogar; **S** – Cónyuge
A – Adulto co-inquilino; **O** – Other miembro familiar; **C** – Niño (17 años o menos); **U** – Niño que no ha nacido; **F** –Niño/Adulto Adoptado;
L – Cuidador que vive en el hogar; **N** – Ninguna de las anteriores.

Firma de Inquilinos/Solicitantes (Todo los miembros del hogar que tengan 18 años o más deben firmar/fecha):

_____ (fecha) _____ (fecha)

_____ (fecha) _____ (fecha)

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA VERIFICACION

(Un formulario por adulto en el hogar, imprima copias adicionales según sea necesario)

_____ Ha aplicado residencia (o reside) en propiedades de Luminest. Como parte de nuestro proceso es necesario obtener diversos documentos, incluyendo verificación de ingresos, bienes, crédito y antecedentes penales. La información obtenida se utilizara unicamente para determinar la elegibilidad.

I, _____, El firmante abajo por la presente autorizo la liberacion responsabilidad de cualquier y toda la information que puedan solicitar sobre mis ingresos, sueldos, salarios, historial de credito, referencias, etc. En relacion con mi solicitud para determinar si soy elegible para ocupar un apartamento, o para continuar ocupando un apartamento en las propiedades de Luminest.

Esta authorization es valida durante todo el plazo de mi arrendamiento en las propiedades de Luminest.

Firma

Nombre

Fecha

Warning: Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department of the United States Government, HUD and any owner (or any employee of HUD or the owner) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form. Use of the information collected based on this verification form is restricted to the purposes cited above. Any person who knowingly or willfully requests, obtains or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000. Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD or the owner responsible for the unauthorized disclosure or improper use. Penalty Provisions for misusing the social security number are contained in the Social Security Act at 42 U.S.C. 208 (f)(g) and (h). Violations of these provisions are cited as violations of 42 U.S.C. 408 f, g and