

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

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

### **VERIFIQUE SU SOLICITUD**

- 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):**

<b><u>Verificación de Identidad</u></b>	<b><u>Verificación de Ingresos</u></b>	<b><u>Verificación de Bienes</u></b>	<b><u>Misceláneo</u></b>
<input type="checkbox"/> Partida de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Talones de Pago: de los últimos dos meses Quincenal (7), Semanal (10)	<input type="checkbox"/> Estados de todas cuentas bancarias de los últimos dos meses (debe incluir todas las páginas)	<input type="checkbox"/> Información de Su Propietario (Página 2)
<input type="checkbox"/> Identificación con Foto: (licencia de conducir, pasaporte, identificación militar)	<input type="checkbox"/> Carta actual de verificación de beneficios del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Estados recientes para cuentas de Cash App/Paypal/Venmo	<input type="checkbox"/> Firmas requeridas
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Información de SSI (año actual)	<input type="checkbox"/> Información de SSP	
	<input type="checkbox"/> Indemnización Laboral	<input type="checkbox"/> Póliza de seguro de vida	
	<input type="checkbox"/> Información sobre bonos	<input type="checkbox"/> Bonos de ahorros	
	<input type="checkbox"/> Documentos de TANF	<input type="checkbox"/> Carta de Desempleo	
	<input type="checkbox"/> Orden judicial de manutención infantil	<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación o inversiones	
	<input type="checkbox"/> Información de ingresos recurrentes		

**Toda la información proporcionada necesitará documentación y será verificada.**

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

**Portada A**

Actualizado 1/2026

Luminest  
 82 W. Queen Street, Chambersburg, PA 17201  
 717-977-3900 [www.luminest.org](http://www.luminest.org)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

## NORTH RIDGE

### Una Comunidad Para Personas Mayores

### Apertura a finales de 2026

**El costo de la solicitud no será cobrado hasta mayo de 2026**

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

☐ North Ridge (escoja) ☐ 1 Habitaciones ☐ 2 Habitaciones

Propiedad de Familia en Gettysburg:

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

La elegibilidad es basada en su ingreso junto con su historial de crédito, récord criminal y reporte de pasados arrendadores. Para verificar si califica según los requisitos de ingresos anuales, consulte la tabla de INGRESO BRUTO MÁXIMO que aparece a continuación y tome en cuenta el tamaño del hogar.

	Condad de Adams
1 persona	\$43,020
2 persona	\$49,200
3 persona	\$55,320
4 persona	\$61,360

**¿Cómo escuchó acerca de nosotros?**

☐ Pagina Web: Luminest.org

☐ Facebook

☐ Zillow/Hotpads/Trulia

☐ Estación de Radio \_\_\_\_\_

☐ Familia/amigo que vive en una de nuestras propiedades

☐ panfleto informativo de \_\_\_\_\_

☐ Otro: \_\_\_\_\_

¿Alguna persona del hogar es miembro activo de las fuerzas armadas? ☐ Si ☐ No

¿Alguien es veterano? ☐ 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	\$
	<b>INGRESO TOTAL</b>	\$	<b>INGRESO TOTAL</b>	\$

\*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 <sup>da</sup> Cuenta Chequera	[ ] SI [ ] NO	\$	\$	[ ] SI [ ] NO	\$	\$
3. Cuenta de Ahorros	[ ] SI [ ] NO	\$	\$	[ ] SI [ ] NO	\$	\$
4. 2 <sup>da</sup> 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	\$	\$
	<b>TOTALES</b>	\$	\$	<b>TOTALES</b>	\$	\$

¿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).





## Household Race/Ethnicity/Disability Report Form

### PLEASE READ CAREFULLY AND FOLLOW INSTRUCTIONS EXACTLY.

The following information is needed in order to comply with the Housing and Economic Recovery Act (HERA) of 2008, which requires all Low-Income Housing Tax Credit (LIHTC) properties to collect and submit to the US Dept of Housing and Urban Development (HUD), certain demographic and economic information on tenants residing in LIHTC financed properties. Although we would appreciate receiving this information, you may choose not to furnish it. You will not be discriminated against on the basis of this information or whether or not you choose to furnish it.

Property Name: \_\_\_\_\_

Unit #: \_\_\_\_\_

The following **RACE** codes should be used when completing the table below (choose all options that apply):

- 1 – White
- 2 – Black/African American
- 3 – American Indian/Alaskan Native
- 4 – Asian
- 5 -- Asian India
- 6 -- Chinese
- 7 – Filipino
- 8 – Japanese
- 9 – Korean
- 10- Vietnamese
- 11- Other Asian
- 12- Native Hawaiian/Other Pacific Islander
- 13- Native Hawaiian
- 14- Guamanian or Chamorro
- 15- Samoan
- 16- Other Pacific Islander
- 17- Other
- 18- Decline to answer Race

The following **Ethnicity** codes should be used when completing the table below:

- Y – Hispanic or Latino (person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin regardless of race)
- N – Not Hispanic or Latino
- D – Decline to answer Ethnicity

**Disability Status:** Fair Housing Act definition of disability (or handicap): A physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, a record of such an impairment or being regarded as having such impairment (24 CFR 100.201). Disability does not include illegal use of or addiction to controlled substance.

- Y – Disabled
- N – Not Disabled
- D – Decline to answer Disability

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

Last Name, First Name, MI	Relationship to HOH*	Race (use code above)	Ethnicity (Y/N/D)	Disabled (Y/N/D)	Gender M = Male F = Female N = Nonbinary O = Other D = Declined

\*Please enter one of the following codes to indicate Relationship to Head of Household: **H** – Head; **S** – Spouse; **A** – Adult co-tenant; **O** – Other Family member; **C** – Child (17 years and younger); **U** – Unborn Child; **F** – Foster child/adult; **L** – Live-in caretaker; **N** – None of the above.

Resident/Applicant's Signatures (all HH members 18 and over must sign/date):

\_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_ (date)  
\_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_ (date)

## 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