



METRO MANAGEMENT

80 Border Street, East Boston, Ma. 02128

Tel.: (617)-567-7755 Fax: (617)-567-1842

Sitio web WWW.EBCDC.COM Email: Metro@ebcdc.com

METRO MANAGEMENT PROPORCIONARÁ AYUDA PARA REVISAR ESTE DOCUMENTO. SI ES NECESARIO, LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES PUEDEN PEDIR ESTA SOLICITUD EN LETRA GRANDE O EN OTRO IDIOMA ALTERNATIVO.

La solicitud para el fideicomiso de vecindario de East Boston (EBNT) se recibió el _____

Preferencia de tamaño de dormitorio

Por favor verifique

Calificación de ingresos y alquiler

60 % AMI 80 % AMI 100 % AMI

Estudio	_____	\$1,364	N/D	N/D
1 dormitorio	_____	\$1,431	N/D	\$2,253
2 dormitorios	_____	\$1,717	\$2,200	N/D
3 dormitorios	_____	\$1,964	\$2,522	\$2,850
4 dormitorios	_____	\$2,164	\$2,789	\$3,100
5 dormitorios	_____	N/D	N/D	\$3,225
6 dormitorios	_____	N/D	N/D	\$3,600

Nota: Debe cumplir dos criterios para calificar para la unidad seleccionada.

1. Su hogar debe tener una persona como mínimo por dormitorio, menos uno. Por ejemplo: para calificar para 3 dormitorios, debe poder utilizar al menos 2 dormitorios en el momento de la solicitud.
2. Los ingresos combinados de todos los miembros del hogar no deben exceder las siguientes pautas de ingreso máximo

Ingresos máx. para calificar

Tamaño del hogar	60 % unidades AMI	80 % unidades (CDBG bajo/mod.)	100 % unidades
1 persona	\$58.900	\$78.300	\$98.150
2 personas	\$67.300	\$89.500	\$112.200
3 personas	\$75.700	\$100.700	\$126.200
4 personas	\$84.100	\$111.850	\$140.200
5 personas	\$90.850	\$120.800	\$151.450
6 personas	\$97.600	\$129.750	\$162.650

El tamaño de la familia que exceda de 6 personas se calcula agregando el 8% del límite de ingresos de cuatro personas por cada miembro adicional de la familia.

Se requieren ingresos familiares mínimos para que ningún solicitante pague más del 40 % de los ingresos brutos de su hogar para el alquiler. Estos límites mínimos no se aplican a los hogares con asistencia para la vivienda (Sección 8 y

MRVP, VASH) o para las unidades en este desarrollo que incluyen un vale de asistencia para la vivienda basado en proyectos.

Nota: Llene por completo todas las secciones. No hacerlo causará demoras de procesamiento o el rechazo de su solicitud. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con la oficina de Metro Management.

Solicitante: _____

_____ APELLIDO _____ SEGUNDO NOMBRE _____ PRIMER NOMBRE _____

Dirección actual: _____

_____ CALLE _____ APT. _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

Dirección postal: _____

(Si es distinta) _____ CALLE _____ APT. _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono comercial: _____

Correo electrónico Primaria: _____ Secundaria: _____

PROPIETARIO ACTUAL

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

_____ CALLE _____ APT. _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

¿Alquila la residencia actual? [☐] Sí [☐] No

Si no alquila, explique: _____

¿Está actualmente bajo contrato de arrendamiento? [☐] Sí [☐] No Si está, ¿cuándo vence este arrendamiento?: _____

El costo actual por mes de la vivienda es \$ _____ ¿Incluyendo servicios públicos? [☐] Sí [☐] No

¿Hace cuánto tiempo que vive en la dirección actual? _____ años.

¿Qué razones tiene para mudarse? _____

¿Recibe asistencia de alquiler? [☐] Sí [☐] No Si la recibe, ¿de qué Autoridad de Vivienda? _____

¿Recibió algún aviso de terminación? [☐] Sí [☐] No Si lo recibió, explique _____

PROPIETARIO ANTERIOR (Se requiere un historial de cinco (5) años) Utilice una hoja de papel adicional si es necesario para incluir los 5 años.

Nombre del propietario: _____ N.º de tel.: _____ N.º de fax: _____

Dirección del propietario: _____

_____ Calle _____ N.º apt. _____ Localidad/ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección del solicitante: _____

_____ Calle _____ N.º apt. _____ Localidad/ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Alquiló el apartamento? [☐] Sí [☐] No Si no alquiló, explique _____

N.º de personas que residían en la propiedad: _____ Duración del arrendamiento: de _____ a _____ Monto de alquiler por mes \$ _____

¿Tenía contrato de arrendamiento? [☐] Sí [☐] No Si lo tenía, ¿se cumplió todo el plazo? [☐] Sí [☐] No

¿Recibió algún aviso de terminación del arrendamiento? [☐] Si [☐] No Si lo recibió, explique _____

Razones de su partida: _____

COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

Complete la siguiente información de cada miembro de la familia, incluido usted, que ocupará el apartamento.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Ocupación	Número de seguro social (si corresponde)	Estudiante de tiempo completo (marque una opción)
	Jefe					Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No
						Sí/No

¿Algún miembro del hogar tiene algún requisito razonable de accesibilidad, de adaptación o formas alternativas que necesitemos para comunicarnos con usted?

[] Sí [] No Si lo tiene, explique. _____

¿Tiene alguna mascota doméstica actualmente? [] Sí [] No Si tiene, ¿qué tipo? _____

INGRESOS DE EMPLEO POR MIEMBRO DEL HOGAR

Indique los ingresos recibidos y los bienes que tiene cada miembro de su hogar.

1. Persona empleada: _____

Nombre del empleador actual _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Años de empleo: _____ Cargo: _____ Salario actual \$ _____
[] semanal [] quincenal [] mensual

2. Persona empleada: _____

Nombre del empleador actual _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Años de empleo: _____ Cargo: _____ Salario actual \$ _____
[] semanal [] quincenal [] mensual

3. Persona empleada: _____

Nombre del empleador actual _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Años de empleo: _____ Cargo: _____ Salario actual \$ _____
[] semanal [] quincenal [] mensual

5. Persona empleada: _____
 Nombre del empleador actual _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Años de empleo: _____ Cargo: _____ Salario actual \$ _____
 [] semanal [] quincenal [] mensual

	MONTO RECIBIDO POR MES	PERSONA QUE RECIBE ESOS INGRESOS
Seguridad Social		
Ingreso de Seguridad Complementario (SSI)		
Jubilación/renta vitalicia/fideicomiso		
Asistencia pública (TANF AFDC/EAFFDC/GR)		
Indemnización por desempleo		
Manutención de un menor/pensión alimenticia		
Ayuda financiera para estudiantes		
Contribuciones de obsequio		
Otros ingresos (<i>especifique</i>)		

- **Ubicaciones de emergencia:** Hogares desplazados debido a fuerzas naturales (p. ej., incendio que no causó un miembro del hogar, inundación); debido a acciones públicas (p. ej., renovación urbana, violaciones al código sanitario que no sean propias); debido a violencia doméstica, violación, violencia entre parejas, acoso sexual o acecho.
- **Tamaño del hogar:** la preferencia significa un mínimo de una persona por dormitorio. (Nota: El requisito *mínimo* de tamaño es al menos una persona por dormitorio, menos uno.)

NOMBRE	RELACIÓN	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

[] Haitiano [] Asiático
[] Negro (no de origen hispano) [] Hispano

[] Blanco (no de origen hispano)

¿Cómo supo de la Blue Line? _____

- ☐ Periódicos ☐ Amigos ☐ Lista de Metro ☐ Redes sociales
- ☐ Otro (especifique)

Información adicional requerida

¿Usted, o algún miembro de su hogar, está obligado a registrarse como delincuente sexual según la ley de Massachusetts o cualquier otra ley estatal? _____. En caso afirmativo, detalle el nombre de las personas y los requisitos de registro (es decir, el lugar donde se debe presentar el registro y el período de tiempo durante el cual debe estar registrado).

NOTA: La falta de respuesta completa a estas preguntas puede causar demoras de procesamiento o el rechazo de su solicitud.

Por este documento certifico/certificamos que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa, a nuestro leal saber y entender. **Usted nos autoriza a comunicarnos con las referencias y propietarios que detalló arriba y a obtener informes de crédito del consumidor, historial de pago de alquiler y un informe de la Información del Registro de Delincuentes Penales (CORI) u otra verificación de antecedentes penales, según se determine que sea necesario, sobre usted y cualquier ocupante.** Certifico/certificamos que entendemos que las declaraciones o la información falsas son punibles según las leyes estatales o federales

Certifico/certificamos que hemos recibido un aviso de la empresa administradora que describe el derecho a adaptaciones razonables para las personas con discapacidades.

Firmado bajo pena de perjurio.

Jefe del hogar/solicitante

Fecha

Co-solicitante

Fecha

Metro Management no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, orientación sexual, edad, estado familiar o discapacidad física o mental en el acceso o admisión al Desarrollo, al empleo, o en sus programas, actividades, funciones o servicios.