



INSTITUTO PARA EL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO Y DE VIVIENDA DE P.R., INC.

SOLICITUD DE ALQUILER

Para uso Oficial Solamente: Propiedad: _____ Fecha: _____
--

Cada solicitante mayor de 18 años de edad debe completar una solicitud individual. Una solicitud por separado debe ser completada para cada apartamento al cual este solicitando. Esta solicitud y las verificaciones adjuntas solo serán válidas por 60 días.

Nombre De Jefe de Familia:		Teléfono	
Dirección Postal Actual:			
Nombre De Co-Solicitante:		Teléfono	
Contacto de Emergencia (Nombre/Relación)		Teléfono	

1. Composición Familiar:

Complete toda la información para cada persona que actualmente compone el núcleo familiar.

*JF (jefe de familia), CY (cónyuge), CS (co-solicitante adulto), MD (menor dependiente), HA (hijo adoptivo), CR (cuidador residente “live-in caregiver”), OT (otro). #mf (número de miembro de la familia)

# mf	Nombre Apellidos, Primero, Inicial	Relación a Jefe de Familia	Genero (F/M)	Fecha de Nacimiento (dd,mm,yyyy)	Edad	Estudiante Circule uno	Número de Seguro Social
1		JF				SI / NO	
2						SI / NO	
3						SI / NO	
4						SI / NO	
5						SI / NO	
6						SI / NO	

¿Anticipa una adición al núcleo familiar en los próximos 12 meses? Si la respuesta es sí, por favor explique:

2. Preguntas Adicionales

	Circule SI / NO
Para algunas unidades de vivienda se le da preferencia a familias estén compuestas de al menos un miembro con un discapacidad calificadora. ¿Cree que su familia califica para una preferencia por discapacidad? (Su respuesta a esta pregunta en ninguna forma afectara su posición en la lista de espera)	SI / NO
¿Por motive de en una condición médica o por discapacidad, algún miembro de su familia está solicitando las características de una unidad con acceso para sillas de ruedas o una unidad adaptada?	SI / NO
¿Hay algún dependiente en custodia compartida? Nombre de dependiente(s):	SI / NO
¿Hay algún dependiente que resida menos de 50% del tiempo en la vivienda? Nombre de dependiente (s):	SI / NO
¿Está usted o alguien nombrado en esta solicitud solicitando protección bajo el “VAWA Act” (Violencia Contra Las Mujeres), protegiendo víctimas de violencia doméstica, mujeres víctimas de acoso y agresión sexual de que su solicitud no sea denegada solamente por razón de su estatus como víctima, si el solicitante califica de otro modo para la asistencia o la admisión? (si la respuesta es sí, una investigación más a fondo será requerida)	SI / NO
¿Cómo escucho sobre nuestra propiedad?	



Carr. 108 Km. 4.2, Mayagüez, Puerto Rico 00680
P. O. Box 7154 Mayagüez, P.R. 00681 Tel.787-832-7654/Fax 787-833-5077





3. Residencia Actual/ Previa:

Dirección residencial actual (provea dirección residencial previa(s) si es menos de (2) dos años)	Fecha Desde:	Fecha Hasta:	¿Dueño, Alquila, Vive con Familiar, u otro?	Pago mensual	Nombre y/o teléfono de arrendador o compañía hipotecaria.

4. Ingreso Familiar:

¿Tiene su familia ingreso, asistencia o beneficios mencionados en la siguiente lista?			Ingreso mensual/ Cantidad de asistencia (neto)	# mf
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Empleo propio (explique):	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Empleo con un patrono del cual recibe pago, salario, pago de "overtime", comisión, dieta, millaje, bonos, y/u otro tipo de compensación. Si, la respuesta es SI, por favor complete la información en la Parte 4.		
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Contribuciones en efectivo o regalos (incluyendo pagos de renta o utilidades) los cuales son recibidos regularmente de parte de personas que NO VIVEN CON USTED (no incluya PAN, compra de comida, o pagos de cuidado de niños cuando el pago lo hace el contribuyente del regalo)	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Beneficios de Desempleo	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Beneficios de Veteranos ("Veteran's Administration, GI Bill, o Guardia Nacional/ Beneficios Militares, Ingresos)	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Asistencia Educacional (para estudiantes a tiempo parcial y a tiempo completo) en forma de Subsidios, Becas, "Fellowships"(no incluya préstamos estudiantiles que tengan que ser repagados)	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Beneficios de Retiros de Seguro Social	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	"Supplemental Security Income" (SSI) o "Social Security Disability Income" (SSDI).	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ingreso no ganado de miembros de la familia menores de 17 años de edad (ejemplo: Seguro Social, Fondo Fiduciario, Etc.)	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Beneficios de Incapacidad u otro beneficio que no sea Seguro Social.	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Asistencia de vivienda pública, Asistencia de renta, Vale de Sección 8. Agencia proveyendo asistencia:	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yo/ nosotros recibimos asistencia pública (ejemplo: TANF)	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pagos de Pensión Alimentaria. Si la respuesta es SI, indique por cuantos hijos recibe pensión:	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Estoy intitulado a recibir pagos de pensión alimentaria y estoy activamente haciendo esfuerzos para cobrar lo que se nos debe. Describa los esfuerzos:	Cantidad Anticipada: \$	





INSTITUTO PARA EL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO Y DE VIVIENDA DE P.R., INC.

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pensión/ pagos de manutención de cónyuge	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pagos periódicos de fideicomisos, anualidades, herencias, fondos de retiros o pensiones, pagos de seguros, ganancias de lotería. Si la respuesta es SI, enliste las fuentes: 1. 2.	\$	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ingreso de Inmuebles o propiedad personal	(Use ingreso NETO) \$	

5. Información de Empleo *(por favor añada una hoja adicional de ser necesario):*

Nombre de Solicitante:				Ocupación/Título:	
Nombre de Empleador:				Persona de Contacto:	
Dirección de Empleador:					
Ciudad:			Estado:		Código Postal:
Fecha de Contratación:	Salario/ tarifa de Pago	<input type="checkbox"/> 2x por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Por Hora	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual	# de horas trabajadas por semana:	Teléfono:
					Fax:

Nombre de Solicitante:				Ocupación/Título:	
Nombre de Empleador:				Persona de Contacto:	
Dirección de Empleador:					
Ciudad:			Estado:		Código Postal:
Fecha de Contratación:	Salario/ tarifa de Pago	<input type="checkbox"/> 2x por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Por Hora	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual	# de horas trabajadas por semana:	Teléfono:
					Fax:

6. Información de Empleo Previos *(no es necesario para personas retiradas):*

Nombre de Solicitante:				Ocupación/Título:	
Nombre de Empleador:				Persona de Contacto:	
Dirección de Empleador:					
Ciudad:			Estado:		Código Postal:
Fecha de Contratación:	Salario/ tarifa de Pago	<input type="checkbox"/> 2x por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Por Hora	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual	# de horas trabajadas por semana:	Teléfono:
					Fax:





Nombre de Solicitante:			Ocupación/Título:		
Nombre de Empleador:			Persona de Contacto:		
Dirección de Empleador:					
Ciudad:			Estado:		Código Postal:
Fecha de Contratación:	Salario/ tarifa de Pago	<input type="checkbox"/> 2x por mes	<input type="checkbox"/> Semanal	# de horas trabajadas por semana:	Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Bi-Semanal		Fax:
		<input type="checkbox"/> Por Hora	<input type="checkbox"/> Quincenal		
			<input type="checkbox"/> Anual		

7. Información de bienes:

¿Tiene alguno de los bienes mencionados a continuación?		# mf	# cuenta(s)	% interés	Valor en efectivo
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuenta(s) de cheques. ¿Cuál Banco?			
			1.	%	\$
			2.	%	\$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuenta(s) de ahorros. ¿Cuál Banco?			
			1.	%	\$
			2.	%	\$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fideicomiso Revocable (Revocable trust) ¿Cuál Banco o fideicomisario?			
			1.	%	\$
			2.	%	\$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yo/ Nosotros soy/somos dueño(s) de bienes raíces (o tengo/tenemos una hipoteca o "Deed of Trust") Descripción:			\$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Propiedad personal como inversión. Explique:		%	\$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tenemos Acciones, Bonos o "Treasury Bills". ¿Cuál fuente o banco?			
			1.	%	\$
			2.	%	\$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Certificado(s) de Deposito (CD) o cuenta de "Money Market" ¿Cuál fuente o banco?			
			1.	%	\$
			2.	%	\$



¿Tiene alguno de los bienes mencionados a continuación?		# mf	# cuenta(s)	% interés	Valor en efectivo
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	IRA/ Pension "Lump Sum"/ Cuenta "Keogh"/ 401K. ¿Cuál fuente o banco? 1. 2.		% %	\$ \$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tarjetas de Beneficios (Debito "Direct Express", TANF, y/o beneficios de Desempleo)			\$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yo/nosotros tenemos una póliza de seguro de vida (excluir "Term Policies") ¿Cuál compañía? 1. 2.		% %	\$ \$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yo/ nosotros tenemos efectivo disponible o en caja de depósito ("safe deposit box")		%	\$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yo/nosotros he dispuesto de bienes (ejemplo, regalado dinero/bienes) por menos del precio de mercado ("fair market value") en los últimos (2) dos años. ¿Cuáles bienes? 1. 2.			\$ \$
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yo/ nosotros tenemos otros tipos de bienes o fuentes de ingreso no mencionados en la lista anterior. Explique:		%	\$

8. Firmas:

Bajo pena de perjurio, yo certifico que la información presentada en esta certificación es correcta y precisa a mi mejor entender y conocimiento. Yo acuerdo notificar a la administración inmediatamente sobre cualquier cambio en el status de estudiante. Los abajo firmantes entendemos que el hacer una representación falsa en este documento constituye un acto de fraude. Información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación del Contrato de Arrendamiento.

Nombre de Jefe de Familia en letra de molde

Firma

Fecha

Nombre de Co-Solicitante en letra de molde

Firma

Fecha

Revisado por (firma de Representante/ Dueño)

Firma

Fecha

Todos los solicitantes mayores de 18 años de edad deben firmar.

