



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 acecho 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. Describe 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:





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

4

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.	%	\$



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



