

VÁLIDO SOLO PARA GREY GOOSE TOWNHOMES  
13 de mayo de 2024 hasta 28 de mayo de 2024



295 Main St Suite 100  
Salinas, Ca 93901

831-757-6254 Fax 831-757-8025 TDD Línea 831-758-9481

**SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA**  
**(Solamente para GREY GOOSE Townhomes)**

PARA USO DE LA OFICINA

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

**INFORMACION PARA EL SOLICITANTE**

CHISPA Housing Management Inc. (CHMI) no discrimina en base de desventaja/de inhabilidad en su programas y actividades. La gerencia de CHISPA HOUSING no discrimina en base de la raza, de la religión, del sexo, de la edad, del origen nacional o del estado de familia.

**CHEQUO DEL CRÉDITO Y ANTECEDENTES:** CHISPA Housing Management, Inc. obtendrá informes confidenciales sobre su historia de crédito y la historial de antecedentes criminales.

Su solicitud se puede negar como resultado de estos informes.

**Al Solicitante:** Complete por favor esta forma totalmente. Todos los miembros adultos deben de firmar la solicitud. Ninguna solicitud incompleta será procesada. Esta es una solicitud preliminar y no da ningún derecho del arriendo o del alquiler. Si hay una unidad desocupada en este complejo de apartamentos para el cual usted sea elegible, le requerirán llenar una solicitud inicial y someter la información adicional necesaria para ser considerado para la unidad.

**AVISO:** Se requiere que notifique a CHISPA Housing (por escrito) de cualquier cambio de información. Si no nos podemos contactar con usted, su nombre se quitara de la lista de espera.

**Nombre de Apartamentos para los que está aplicando:**

**Grey Goose Townhomes 5499 Grey Goose Gulch Carmel, CA 93923**

**Numero de recamaras**  3 Recamaras **\*Mínimo 4 personas**  4 Recamaras **\*Mínimo 6 personas**

¿Esta usted o algún miembro de su casa relacionado con un empleado de CHISPA/CHMI? (Círculo uno)  Sí  No

¿Esta usted o algún miembro de su casa relacionado a un residente de CHISPA Housing? )  Sí  No

**Para Propósito de Acomodaciones – UD reclama lo siguiente:**

Discapacidades de Movilidad  Impedimento de Auditivo  Impedimento de Visual

¿Usted o algún miembro de su hogar necesita características especiales en una unidad (ejemplo, el acceso en silla de ruedas)?  Sí  No

¿Qué características necesita? \_\_\_\_\_

¿Como supo de nosotros?  Periódico  Radio  Familiares  Internet  Otro: \_\_\_\_\_.

**NOMBRE DE LA CABEZA DE FAMILIA:** \_\_\_\_\_

Nombre Medio Nombre Apellido

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ del trabajo: \_\_\_\_\_ de mensaje: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre del destinatario del Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**COMPOSICIÓN DE CASA:** Liste a todas las personas que estarán viviendo en el hogar.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación a la cabeza de Familia	Estado del estudiante
1		<b>Cabeza de Familia</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A
2			<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A
3			<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A
4			<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A
5			<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A
6			<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A
7			<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A



### CUESTIONARIO VOLUNTARIO DE VIVIENDA JUSTA

La información siguiente ayudará a asegurar nuestra conformidad con regulaciones justas federales de vivienda; esta porción de la solicitud es **opcional**:

Categorías étnicas*	Seleccione uno
Hispano o Latino	
No-Hispano o Latino	
Categorías raciales	Seleccione todos que se apliquen
Indio o natural americano de Alaska	
Asiático	
Americano negro o africano	
Isleño hawaiano u otro pacífico nativo	
Blanco	
Otro	

Prefiero no declarar: \_\_\_\_\_

Todos los miembros adultos de la familia tienen que firmar esta solicitud preliminar.

\_\_\_\_\_  
Firma del residente adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del residente adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del residente adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del residente adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha