

VÁLIDO SOLO PARA MARKET STREET TOWNHOMES
4 RECAMARAS
11 de octubre 2024 hasta el 1 de noviembre 2024



PARA USO DE LA OFICINA
Date _____
Time _____

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 4 recamaras MARKET STREET Townhomes)

****Tenga en cuenta: algunas unidades de esta propiedad requieren que alguien en el hogar trabaje o esté jubilado de la agricultura.**

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:

Market Street Townhomes 110 Market Street Soledad, CA 93960

Numero de recamaras 4 Recamaras *Mínimo 6 personas *Máximo 9 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

¿Miembros de su casa tienen debilitación de la movilidad y quisieran ser considerados para una unidad diseñada para uso de una persona con la debilitación de la movilidad? Sí No

¿Usted o alguien en su hogar que está solicitando vivienda actualmente trabaja en agricultura? Sí No

¿Usted o alguien en su hogar que solicita vivienda se jubiló del trabajo en agricultura? Sí No

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

NOMBRE DE LA CABEZA DE FAMILIA: _____

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		Cabeza de Familia	<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
8			<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A
9			<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