

VÁLIDO SOLO PARA EL CERRITO y MORO LINDO  
TOWNHOMES  
21 de enero de 2025 a 30 de enero de 2025



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 EL CERRITO y MORO LINDO)

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.

Para qué apartamento está solicitando, marque la casilla y el tamaño de la unidad  2 BDR \*Mínimo 2 personas máximo 5  
 3 BDR \*Mínimo 4 personas máximo 7  4 BDR \*Mínimo 6 personas máximo 9

Moro Lindo Townhomes  
8757 Sabino Drive  
Castroville CA 95012  
831-632-0768

El Cerrito Townhomes  
860 Vista De Tierra Circle  
Castroville CA 95012  
831-633-2500

¿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 algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito (delito mayor / menor), o se ha declarado culpable / no se ha disputado un delito? Yes No Si fue condenado, indicar cuándo, dónde y la naturaleza de tal convicción:

¿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		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**:

<b>Categorías étnicas*</b>	<b>Seleccione uno</b>
Hispano o Latino	
No-Hispano o Latino	
<b>Categorías raciales</b>	<b>Seleccione todos que se apliquen</b>
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