



DECLARACIÓN DE LA MISIÓN: "Danville Development Corporation ofrece comunidades residenciales asequibles para adultos mayores y personas con discapacidades para mejorar su calidad de vida".

PROPIEDAD: _____
FECHA RECEP: _____ HORA: _____
NOMBRE SOLIC: _____
INGRESO: _____
TAMAÑO DE LA UNIDAD: _____

## SOLICITUD DE VIVIENDA POR LA SECCIÓN 202/8 Y 811 DEL CONTRATO DE ASISTENCIA DE RENTAS - PROYECTO (PRAC) DEL DTO. DE VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO (HUD)

### SECCIÓN I. PRESENTACIÓN DE LAS PROPIEDADES DE LA SECCIÓN 202/8

Por favor, lea el paquete de solicitud en su totalidad y con cuidado. Los reglamentos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) limitan la ocupación de las propiedades que se señalan más adelante (Sección I) a hogares donde el jefe de familia, el cónyuge, cojefe o miembro único tengan 62 años o más. Actualmente, algunas de las propiedades cuentan con exenciones que permiten que personas mayores de 55 años sean elegibles para ocuparlas. Consulte las exenciones actuales en nuestro sitio web ([www.danvildevelopment.com](http://www.danvildevelopment.com)) o comuníquese directamente con las propiedades.

Además, los adultos mayores de 18 años con una discapacidad física que requieran las características de una unidad adaptada para personas con movilidad reducida, son elegibles para ocupar todas las propiedades que se señalan más adelante, excepto Wasatch Manor. Si usted cumple con los requisitos por tener una discapacidad física, podría ser necesario que suministre el nombre de un médico que pueda confirmar la discapacidad y la necesidad de una unidad adaptada para personas con movilidad reducida. Comuníquese con nuestra oficina para realizar estas gestiones.

¿Tiene 62 años o más?  SÍ  NO

¿Tiene entre 55 y 61 años?  SÍ  NO

\*Consulte en nuestro sitio web una lista actualizada de propiedades con exenciones de edad

¿Usted necesita una unidad adaptada para personas con movilidad reducida?  SÍ  NO

Unidad adaptada para personas con discapacidad visual

Unidad adaptada para personas con movilidad reducida

Unidad adaptada para personas con discapacidad auditiva

**Brigham City, Utah (UT)**

St. Mark's Terrace (62+ años o adaptada para movilidad reducida)

**Green River, Wyoming (WY)**

Mansface Terrace (62+ años o adaptada para movilidad reducida)

**Kaysville, Utah (UT)**

St. Mark's Gardens (62+ años o adaptada para movilidad reducida)

**Ogden, Utah (UT)**

Union Gardens (62+ años o adaptada para movilidad reducida)

**Salt Lake City, Utah (UT)**

Calvary Tower (62+ años o adaptada para movilidad reducida)

St. Mark's Millcreek (62+ años o adaptada para movilidad reducida)

St. Mark's Tower (62+ años o adaptada para movilidad reducida)

Wasatch Manor (62+)

(Las listas de espera para apartamentos subsidiados de 1 y 2 habitaciones están cerradas en esta propiedad)

**Tooele, Utah (UT)**

Canyon Cove Housing (62+ años o adaptada para movilidad reducida)

¿PARA CUÁL PROPIEDAD SE VA A POSTULAR? \_\_\_\_\_

(Puede postularse para más de una propiedad, pero solo puede indicar una propiedad por solicitud y tiene que entregar por separado una solicitud para cada propiedad. Se aceptan copias.)



## **SECCIÓN II. PRESENTACIÓN DE LAS PROPIEDADES DE LA SECCIÓN 811 DEL PRAC**

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano limita la ocupación de estas propiedades a hogares donde el jefe de familia, el cónyuge, cojefe o miembro único tengan una discapacidad del desarrollo o física y cumplan con todos los criterios de una de las siguientes categorías:

### Discapacidad del desarrollo (SOLO EN DISCOVERY PLACE)

- A. Persona con una discapacidad del desarrollo, según la definición de la Sección 102(7) de la Ley de Asistencia para Personas con Discapacidad del Desarrollo y Declaración de sus Derechos (Sección 6001(8) del Título 42 del Código de los Estados Unidos [United States Code, USC]), es decir, una persona con una discapacidad crónica grave que:
1. Es atribuible a una discapacidad mental o física o una combinación de ambas;
  2. Se haya manifestado antes de que la persona cumpla 22 años;
  3. Probablemente se mantenga en el tiempo de forma indefinida;
  4. Genere una limitación funcional significativa en tres o más áreas de las actividades indispensables para la vida que se citan a continuación:
    - a. Autocuidado,
    - b. Lenguaje receptivo y expresivo,
    - c. Aprendizaje,
    - d. Movilidad,
    - e. Autodirección,
    - f. Capacidad para vivir de forma independiente, y
    - g. Autosuficiencia económica, y
    - h. Tiene incidencia sobre la necesidad de la persona de una combinación o secuencia de tratamiento, cuidado u otros servicios genéricos, interdisciplinarios o especiales que se extiendan durante toda la vida o sean de duración extensa y que se planifiquen y coordinen de forma individual; O BIEN
- B. Una persona con un traumatismo craneoencefálico (**TCE**) que cumpla con los mismos criterios que los indicados anteriormente para la discapacidad del desarrollo, excepto por la limitación de la edad de manifestación.

### Discapacidad física

- A. Tiene un pronóstico de que su duración sea extensa o indefinida,
- B. Impide considerablemente su capacidad para vivir de forma independiente, y
- C. Su naturaleza permite que dicha capacidad para vivir de forma independiente se pueda mejorar mediante una vivienda con condiciones más adecuadas.

¿Su familia cumple con los criterios de discapacidad del desarrollo o TCE?

SÍ  NO

¿Su familia cumple con los criterios de discapacidad física?

SÍ  NO

### Brigham City, Utah (UT)

Discovery Place (discapacidad del desarrollo o física)

### Providence, Utah (UT)

Providence Place (discapacidad física)

### Ogden, Utah (UT)

Graham Court (discapacidad física)

¿PARA CUAL PROPIEDAD VA A APLICAR? \_\_\_\_\_



(Puede aplicar para más de una propiedad, pero solo puede indicar una propiedad por solicitud y tiene que entregar por separado una solicitud para cada propiedad. Se aceptan copias.)

---

### SECCIÓN III. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN SEGÚN LA SECCIÓN 504

---

Las propiedades que administra Danville Development Corporation no discriminan con base en la condición de discapacidad al admitir o dar acceso a una persona a tratamiento o empleo en programas y actividades que financia el gobierno federal.

De conformidad con la SECCIÓN 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Danville Development Corporation, mediante la presente, informa al público general lo siguiente:

- Ninguna persona con discapacidad que cumpla con los requisitos para participar en cualquier programa financiado por el gobierno federal o actividad administrada por Danville Development Corporation podrá ser excluida ni se le podrán denegar beneficios o discriminar de algún otro modo únicamente a razón de su discapacidad.

Danville Development Corporation tiene la intención de tomar medidas razonables y afirmativas para que las personas con discapacidad tengan mayor acceso y oportunidades en todos los programas, servicios y operaciones administrativas. La persona que se indica a continuación fue designada para coordinar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación contenidos en las regulaciones del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano que implementan lo dispuesto en la Sección 504 (Parte 8 del Título 24 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] con fecha del 2 de junio de 1988).

Shane R. Davis

7351 S. Union Park Ave., Ste. 250.

Midvale, UT 84047

(801) 565-0700 / Nro. TDD: 7-1-1 servicio de retransmisión

---

### SECCIÓN IV. POLÍTICA DE NO FUMAR

---

Todas nuestras comunidades están **LIBRES DE HUMO**. Fumar no está permitido en ningún lugar de nuestras comunidades libres de humo, incluidos apartamentos individuales, áreas comunes o las inmediaciones de los edificios a una distancia de 25 pies de cualesquiera de sus entradas o ventanas.

---

### SECCIÓN V. POLÍTICA DE SELECCIÓN DE RESIDENTES

---

**AVISO:** la elegibilidad definitiva solo se puede determinar una vez que hayamos recibido todos los documentos de antecedentes y de confirmación. **NO** haga planes para mudarse ni notifique a su arrendador actual hasta que se haya realizado la determinación definitiva sobre su elegibilidad.

Le informamos que nuestra Política de Selección de Residentes nos exige que evaluemos minuciosamente a todos los miembros de la familia que realiza la solicitud para determinar su adecuación para la residencia, lo cual incluye una revisión de las conductas previas que se citan a continuación:

- **Capacidad y disposición para pagar la renta.**
- **Capacidad y disposición para cuidar la unidad.**
- **Capacidad y disposición para cumplir con el contrato de renta.**
- **Capacidad y disposición para cooperar con la administración y el personal.**

De igual forma, puede que también realicemos las tareas de evaluación que se citan a continuación:

- **Verificaciones de arrendadores anteriores.**
- **Verificaciones de empleo e ingreso.**
- **Verificación de historial crediticio y antecedentes penales.**
- **Verificación de ingreso y activos.**
- **Verificación de discapacidad.**

- **Registros como delincuente sexual.**
- **Verificación de ciudadanía o falta de ella (cuando aplique).**
- **Referencias personales (cuando aplique).**
- **Verificación de movilidad reducida.**
- **Visitas al domicilio (cuando aplique).**

7351 S. Union Park Ave., Suite 250, Midvale, Utah 84047  
Teléfono (801) 565-0700 Fax (801) 676-0998 TDD 7-1-1

Las propiedades que administra Danville Development Corporation no discriminan con base en la condición de discapacidad al admitir o dar acceso a una persona a tratamiento o empleo en programas y actividades que financia el gobierno federal. Jun/2013



---

## SECCIÓN VI. ASISTENCIA PARA LA SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

---

Si tiene una discapacidad visual, auditiva, física o de otro tipo que no le permita llenar esta solicitud, comuníquenos sus necesidades o llámenos para programar la prestación de la asistencia.

La asistencia para garantizar el acceso igualitario a la información de este aviso se suministrará de una forma y en un entorno confidenciales.

NUESTRO NÚMERO DE TELÉFONO ES 801-565-0700.

LLAME ENTRE LAS 8 a.m. y las 5 p.m..

NUESTRO NÚMERO TDD ES 7-1-1 (servicio de retransmisión)

---

## SECCIÓN VII. VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, AGRESIÓN SEXUAL, VIOLENCIA DE PAREJA O ACOSO

---

Si un miembro de su familia o usted son víctimas de violencia doméstica, agresión sexual, violencia de pareja o acoso y tales incidentes podrían afectar la revisión de sus antecedentes o del estado de su solicitud, infórmelo a la gerencia para obtener información relacionada con protecciones residenciales adicionales. Se le pedirá que realice una certificación y proporcione documentación de las circunstancias.

Las protecciones residenciales que usted puede solicitar incluyen, entre otras, las siguientes:

- \* Solicitar a la gerencia que no se comuniquen con ciertas entidades señaladas en su solicitud al revisar sus antecedentes.
  - \* Conversar con la gerencia sobre asuntos negativos que quizás podrían surgir al revisar sus antecedentes, que serían atribuibles a violencia doméstica, agresión sexual, violencia de pareja o acoso.
  - \* Si se determina que el solicitante no es elegible con base en un historial negativo ocasionado por violencia doméstica, agresión sexual, violencia de pareja o acoso, la familia solicitante puede pedir una revisión de solicitud basada en circunstancias mitigantes.
  - \* Puede suministrar a la gerencia información de contacto alternativa si es necesario para su protección.
- 

## SECCIÓN VIII. INSTRUCCIONES GENERALES

---

### Al responder preguntas en este formulario:

Responda las preguntas con la verdad y en su totalidad. No deje en blanco ninguna sección o pregunta de esta solicitud, incluso si hay preguntas que no corresponden con su caso; coloque "ninguno" o "N/A" en dichas preguntas. Verificaremos sus respuestas. Cualquier manipulación de información relacionada con elegibilidad, preferencia para la admisión, subsidios, renta, composición familiar e historial residencial o antecedentes penales **es motivo de rechazo**. Las solicitudes no se tomarán en cuenta si no se llenan correctamente; las solicitudes incompletas serán devueltas.

Todos los miembros de la familia adultos de 18 años o más tendrán que firmar cada formulario. Una vez que el paquete de solicitud esté completo, entréguelo en las propiedades a las que se vaya a postular para que lo incluyan en las listas de espera. Se aceptan copias. Cuando su solicitud se acerque al inicio de la lista de espera, se le notificará y tendrá que pautar una entrevista con el gerente de la propiedad. Se le indicará que lleve a la entrevista ciertos tipos de información con el fin de determinar su elegibilidad para el programa de viviendas.

### Complemento de solicitud de vivienda financiada por el gobierno federal:

Se anexa el complemento de solicitud de vivienda financiada por el gobierno federal. El HUD exige que se entregue dicho formulario a cada solicitante, lo cual permite que estos proporcionen una persona u organización de contacto a quien el gerente pueda solicitar asistencia con cualquier problema que pueda surgir con la solicitud o la renta. Usted suministra esta información para su beneficio; sin embargo, puede marcar el recuadro que indica que decide no suministrar dicha información y firmar el documento.

**Es importante destacar que la falsificación de cualquier información en esta solicitud es motivo de rechazo automático. Si tiene alguna pregunta relacionada con este paquete de solicitud, comuníquese con**



nuestra oficina entre las 8 a.m. y las 5 p.m. a través del 801-565-0700 y, con mucho gusto, lo asistiremos.

La gerencia manejará la información que usted suministre como confidencial.

## SECCIÓN IX. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

RESPONDA CADA PREGUNTA COMPLETAMENTE EN LA MEDIDA DE SUS POSIBILIDADES. USE LETRA DE MOLDE.

### A. INFORMACIÓN GENERAL DE LA FAMILIA:

NOMBRE (jefe de familia): \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NRO. DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

*(Las preguntas en cursivas en este recuadro son OPCIONALES)*

Sexo: \_\_\_\_\_ Desplazado por desastre \_\_\_\_\_ Veterano del ejército de los EE. UU. \_\_\_\_\_

■ Condición de minoría del jefe de familia:  Blanco  Asiático  Negro o afroamericano  
 Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái o isleño de otras islas del Pacífico

■ Origen étnico:  Hispano o latino  Ni hispano ni latino

NOMBRE (miembro de familia): \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NRO. DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

*(Las preguntas en cursivas en este recuadro son OPCIONALES)*

Sexo: \_\_\_\_\_ Desplazado por desastre \_\_\_\_\_ Veterano del ejército de los EE. UU. \_\_\_\_\_

■ Condición de minoría del jefe de familia:  Blanco  Asiático  Negro o afroamericano  
 Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái o isleño de otras islas del Pacífico

■ Origen étnico:  Hispano o latino  Ni hispano ni latino

DIRECCIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

Calle	Nro. de apto.	
_____	_____	
Ciudad	Estado	Código postal

■ ¿Todos los miembros de la familia son ciudadanos de los Estados Unidos?  SÍ  NO

(NO SE REQUIERE PARA PROPIEDADES DEL PRAC)

■ Si respondió NO, ¿todos los miembros de la familia son elegibles para vivir en los Estados Unidos?  SÍ  NO

**Si respondió sí, puede que se le exija entregar evidencia de su elegibilidad para vivir en los Estados Unidos.**



- ¿Alguien en la familia recibe beneficios como asistencia para discapacitados, lo cual permite que un miembro de la familia trabaje? [ ] SÍ [ ] NO
- ¿Algún miembro de la familia está inscrito como estudiante en una institución de educación superior con el fin de obtener un título o certificado o en otro programa mediante el cual se obtengan credenciales educativas reconocidas? [ ] SÍ [ ] NO  
Si respondió sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
- ¿Alguno de los miembros de la familia es un cuidador doméstico? [ ] SÍ [ ] NO
- ¿Tiene mascotas? [ ] SÍ [ ] NO  
Raza: \_\_\_\_\_ Tamaño: \_\_\_\_\_ Castrado o esterilizado: [ ] SÍ [ ] NO
- ¿Qué familiar suyo vive más cerca de usted? Parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
- Indique por lo menos tres (3) referencias personales (**NO** deben ser familiares ni antiguos arrendadores):  
1. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
3. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## B. INFORMACIÓN DE VIVIENDA

- ¿Cuál es su situación de vivienda actual? [ ] ALQUILADA [ ] PROPIA [ ] OTRA
- Usted vive: [ ] solo [ ] con su cónyuge [ ] con familiares [ ] otro \_\_\_\_\_
- ¿Actualmente reside en una vivienda subsidiada? [ ] SÍ [ ] NO
- Si actualmente recibe un subsidio, ¿qué organismo se lo otorga? \_\_\_\_\_

**■ Suministre información residencial actual y pasada de los últimos 10 años (señale de primero la información de su residencia actual). Usted debe indicar su historial residencial completo de los últimos diez años e incluir información de contacto de arrendadores cuando corresponda. (Si requiere espacio adicional, utilice la parte de atrás del formulario o anexe una hoja adicional):**

1. NOMBRE DEL ARRENDADOR/PROPIETARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
**FECHAS DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_
2. NOMBRE DEL ARRENDADOR/PROPIETARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
**FECHAS DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_
3. NOMBRE DEL ARRENDADOR/PROPIETARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
**FECHAS DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_
4. NOMBRE DEL ARRENDADOR/PROPIETARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
**FECHAS DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_





5. NOMBRE DEL ARRENDADOR/PROPIETARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 FECHAS DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

■ Señale cada estado y ciudad en que cada familiar suyo y usted han vivido (utilice la parte de atrás del formulario si es necesario):

1. Nombre legal cuando vivía en esta ciudad: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
2. Nombre legal cuando vivía en esta ciudad: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
3. Nombre legal cuando vivía en esta ciudad: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
4. Nombre legal cuando vivía en esta ciudad \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

■ Conteste las preguntas a continuación tomando en cuenta a cada miembro de su familia:

1. ¿En los últimos tres años han expulsado a algún miembro de la familia de una propiedad financiada por el gobierno federal debido a una actividad criminal relacionada con drogas?  SÍ  NO  
 ¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_
2. ¿Alguno de los miembros de la familia consume drogas ilegales o abusa del consumo de fármacos legales o alcohol?  SÍ  NO  
 Explique \_\_\_\_\_
3. ¿Algún miembro de la familia ha estado preso por la comisión de un delito?  SÍ  NO  
 ¿Cuándo y en cuál jurisdicción? \_\_\_\_\_
4. ¿Algún miembro de la familia ha estado encarcelado en una prisión federal?  SÍ  NO  
 ¿En cuáles estados o jurisdicciones? \_\_\_\_\_
5. ¿Algún miembro de la familia se encuentra bajo libertad condicional o bajo palabra?  SÍ  NO  
 Explique \_\_\_\_\_
6. ¿Algún miembro de la familia está sujeto a requisitos de algún registro de agresores sexuales estatal, jurisdiccional o de por vida?  SÍ  NO  
 ¿Cuáles estados o jurisdicciones? \_\_\_\_\_

**COMPLETE LA SECCIÓN C hasta la E SOLO SI USTED VA A SOLICITAR RENTA SUBSIDIADA**

**C. INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO:**

■ Indique el **ingreso anual bruto** recibido de las fuentes que se citan a continuación:

FUENTE	JEFE	CÓNYUGE	OTRO
*Seguro Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*SSI	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*Pensión/anualidad	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*Jubilación	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*Empleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*Políticas de seguros	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*Obsequios habituales /recurrentes	\$ _____	\$ _____	\$ _____

\*Título V de la Ley



de Americanos Mayores	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*Pensión alimentaria	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*Asistencia financiera estudiantil (incluidas becas y subvenciones)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
*Otra	\$ _____	\$ _____	\$ _____

#### D. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

■ Indique el valor en efectivo de cualquiera de los activos que se mencionan a continuación que su familia pudiese poseer:

TIPOS	Valor en efectivo	TIPOS	Valor en efectivo
*Cuenta corriente	\$ _____	*Certificados de depósito	\$ _____
*Cuenta de ahorros	\$ _____	*Patrimonio como vivienda/propiedad	\$ _____
*Fideicomisos del mercado monetario	\$ _____	*Bienes muebles (mantenidos como inversión)	\$ _____
*Fideicomisos	\$ _____	*Efectivo retenido	\$ _____
Si respondió sí, ¿el fideicomiso es irrevocable?	Sí[ ] No[ ]	*Seguro de vida con valor en efectivo	\$ _____
*Acciones/bonos	\$ _____	*Otros activos no señalados aquí	\$ _____

■ ¿Ha recibido o espera recibir un **PAGO ÚNICO** de alguna de las siguientes fuentes?

FUENTES	SÍ	NO	FUENTES	SÍ	NO
Herencia	[ ]	[ ]	Ganancias de capital	[ ]	[ ]
Premio de lotería	[ ]	[ ]	Otra: _____	[ ]	[ ]
Indemnizaciones de seguros (es decir, por salud, accidente, compensación laboral)	[ ]	[ ]	Otra: _____	[ ]	[ ]

■ ¿Posee usted activos en conjunto con otra persona? [ ] [ ]

■ Si respondió sí, explique: \_\_\_\_\_

■ ¿Ha vendido algún activo por menos de su valor de mercado en los últimos dos años? [ ] [ ]  
(Si respondió sí, tendrá que llenar un formulario de venta de activos ante la gerencia de la propiedad.)

#### E. INFORMACIÓN SOBRE GASTOS MÉDICOS

- ¿Está asegurado por Medicare? [ ]Sí [ ]No Costo de la prima: \$ \_\_\_\_\_
- ¿Está asegurado por Medicaid? [ ]Sí [ ]No Costo de la prima: \$ \_\_\_\_\_
- ¿Tiene un seguro de salud suplementario? [ ]Sí [ ]No Costo de la prima: \$ \_\_\_\_\_
- ¿Cuenta con una política de seguro de atención a largo plazo? [ ]Sí [ ]No Costo de la prima: \$ \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el monto que espera pagar **de su bolsillo** por gastos médicos no cubiertos por su seguro en los próximos 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN X.

#### MERCADEO

¿Cómo se enteró sobre nosotros? Proporciónenos los detalles en el espacio para tal fin.

\_\_\_\_ Recomendación en persona Afiche/volante \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ Pasó frente a nosotros mientras conducía Periódico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ 55+ Sitio web: \_\_\_\_\_







## XII. CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN/EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se divulgue a Danville Development Corporation y a sus agentes y empleados cualquier información que soliciten para verificar y completar mi proceso de solicitud de vivienda o para mantener, administrar o hacer cumplir sus normas y políticas. También autorizo totalmente a cualquier parte contactada por Danville Development Corporation para que les divulguen cualquier información relacionada con mi historial crediticio o de renta que Danville necesite para evaluar mi solicitud. Además, eximo de responsabilidad a Danville y todas las entidades relacionadas, incluso propiedad, patrocinador o directiva y a cualquier persona o entidad que contacten, de cualquier obligación relacionada o derivada de la divulgación de tal información.

Comprendo que se puede necesitar información sobre el ingreso actual o anterior de mi familia o mi persona, incluidos otros ocupantes. Las indagaciones incluyen, entre otras, las siguientes:

*Identidad y estado civil*      *Residencias y propiedades para rentar*      *Subsidios para cuidado infantil*  
*Empleo/ingreso/activos*      *Subsidios médicos*      *Historial crediticio o antecedentes penales*

Comprendo que esta autorización no se puede utilizar para obtener información que no es pertinente a mi elegibilidad y participación continua en el programa de vivienda que administra Danville Development Corporation.

Los grupos o individuos a quienes se les podría solicitar que divulguen la información señalada incluyen, entre otros, los siguientes:

<i>Empleadores actuales</i>	<i>Colegios e institutos universitarios</i>	<i>Proveedores de apoyo/pensión alimenticia</i>
<i>Administración de veteranos</i>	<i>Programa estatal para desempleados</i>	<i>Proveedores de atención médica e infantil</i>
<i>Tribunales u oficinas de correos</i>	<i>Agencias bancarias e instituciones financieras</i>	<i>Empresas de servicios públicos</i>
<i>Organismos de asistencia pública</i>	<i>Cuerpos policiales</i>	<i>Servicios para personas mayores</i>
<i>Sistemas de jubilación</i>	<i>Administración del Seguro Social</i>	<i>Organismos de viviendas públicas</i>
<i>Arrendadores anteriores</i>	<i>Prestamistas y agencias de información crediticia</i>	

Comprendo y acepto que Danville puede utilizar programas computarizados de cotejo para verificar la información suministrada para mi solicitud. Si se coteja información mediante una computadora, comprendo que tengo derecho a que me informen sobre cualquier información negativa que se encuentre y a tener la oportunidad de refutar dicha información. En el cumplimiento de sus deberes, Danville puede intercambiar información con organismos federales, estatales o locales que incluyen, entre otros, los siguientes:

<i>Agencia Estatal de Seguridad Laboral</i>	<i>Oficina de la Gerencia de Personal</i>	<i>Agencia del Seguro Social</i>
<i>Departamento de Defensa</i>	<i>Servicio postal de los EE. UU.</i>	<i>Organismos estatales de asistencia pública</i>
<i>Departamento de Salud y Servicios Humanos</i>		<i>Servicio de Impuestos Internos</i>

Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Comprendo que pueden rechazar mi solicitud si me niego a firmar esta autorización.

\_\_\_\_\_  
**Firma del jefe de familia**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cojefe/cónyuge**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

