

**Pennsylvania Interfaith Community Programs, Inc.**

40 East High Street  
Gettysburg, PA 17325  
Voice: (717) 334-1518 or (717) 334-2911  
Fax (717) 334-8326  
TDD/TTY Relay Service: 1-800-654-5984  
www.adamscha.org



"Embracing the Community Since 1969"

Junio del 2011

Estimado Solicitante,

**Misty Ridge Terrace**, localizado en el municipio de Cumberland que rodea el municipio de Gettysburg, está aceptando solicitudes para las listas de espera del **Vale** de Adams County Housing Authority **Proyecto Basado en** 1, 2 y 3 dormitorios. Seis de las unidades del proyecto ubicados en el Misty Ridge Terrace serán totalmente accesibles y tres de las unidades estarán equipadas para personas con problemas audio-visuales. Estas casas **serán para no fumadores**, contarán con una cancha de baloncesto, área de juegos infantiles y un espacio común para la recreación. Otras comodidades incluyen una sala de residentes de la comunidad, cocina pequeña, lugar para alquiler de oficinas, instalaciones de salas de lavandería y una sala de computadoras. Cada unidad está equipada con aire acondicionado central, nevera, lavavajillas, estufa, persianas, alfombra de pared a pared y tendrá su propia entrada cubierta, patio trasero con cobertizo de almacenamiento, lavadora, secadora y conexión para el sistema de entrada sin llave. Arrendatario deberá pagar electricidad, gas, cable, internet y teléfono si es elegido. Alquiler mensual es fijo y se fijará en 100% del estándar de pago aplicable para tales dormitorios. Parte de la renta mensual proporcionada por el inquilino será determinada por la Oficina de la Sección 8.

Gestión de la propiedad está provista por Pennsylvania Interfaith Community Programs, Inc. PICPI también proporcionará servicios de apoyo a los residentes mediante la coordinación con los proveedores de servicios locales, así como proporcionará servicios en sitio y administración de casos.

Todos los apartamentos estarán disponibles para personas que reúnan no sólo los criterios tradicionales de selección de residentes, sino también una restricción de ingresos. A continuación encontrará los límites de ingresos actuales determinados por la Agencia de Financiamiento de Vivienda de Pennsylvania para el Condado de Adams. Todas las unidades basadas del proyecto se les asigna al o por debajo del 20% del nivel de ingresos y se llenarán con los candidatos que caen en ese nivel en particular.

NIVEL	HOGAR	HOGAR	HOGAR	HOGAR	HOGAR	HOGAR
INGRESO	1 PERSONA	2 PERSONAS	3 PERSONA	4 PERSONA	5 PERS	6 PERS
20%	\$9,440	\$10,800	\$12,140	\$13,480	\$14,560	\$15,640

Se dará preferencia a los solicitantes que cumplan los criterios enumerados a continuación:

1. Las personas con deficiencias de movilidad y personas con discapacidad auditiva y/o visuales o que requieran las características de acceso de la unidad. ACHA / PICPI requerirá la documentación apropiada de un profesional certificado. Para ser alguno seleccionado para una movilidad reducida o una unidad accesible de A / V, el profesional tendrá que certificar la necesidad de dicha unidad.
2. Las familias (incluyendo las personas) cuya discapacidad :
  - interfiere significativamente con su capacidad de obtener y mantenerse en la vivienda;
  - que, sin servicios de apoyo adecuados, no sería capaz de obtener o mantenerse en una vivienda;
  - para aquellos que los susodichos servicios no pueden ser proporcionados en un ambiente no Segregado.

Las familias tendrán que presentar un certificado de un proveedor de servicios licenciado como verificación de la preferencia.

**Se adjunta una solicitud.  
Las solicitudes originales completas**



This institution is an equal opportunity provider.





**INFORMACION DE CONTACTO:**

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del día: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

**EMPLEO:**

**CABEZA DE FAMILIA:**

No estoy empleado en este momento.

Empleador corriente: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Salario corriente: \$ \_\_\_\_\_ por: (encarcele uno) Hora Semanal Mensual Anual  
 Horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ Propinas o comisiones por: semana \$ \_\_\_\_\_ Bonos: \$ \_\_\_\_\_  
 Tiene más de un solo trabajo?  Sí  No

**CO-APLICANTE O MIEMBRO ADULTO:**

No estoy empleado en este momento.

Empleador corriente: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Salario corriente: \$ \_\_\_\_\_ por: (encarcele uno) Hora Semanal Mensual Anual  
 Horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ Propinas o comisiones por: semana \$ \_\_\_\_\_ Bonos: \$ \_\_\_\_\_  
 Tiene más de un solo trabajo?  Sí  No

**INGRESO ANUAL:** Por cada tipo de ingreso familiar que reciben, denos los orígenes y la cantidad de ingresos que pudieran ser anticipados durante los últimos doce meses:

ORIGEN	APLICANTE	CO-APLICANTE	OTRO ADULTO	TOTAL
<b>Salario Bruto incluyendo sobretiempo</b>				
<b>Comisiones/Propinas/Bonos/Honorarios</b>				
<b>Beneficios De desempleo</b>				
<b>Compensación por Accidente de trabajo/Incapacidad</b>				
<b>Seguro Social/SSI/SSP</b>				
<b>Pensiones/Fondos de Retiro, etc.</b>				
<b>Pensión alimenticia/Pago de manutención</b>				
<b>Ayuda Financiera estudiantil</b>				
<b>TANF pagos</b>				
<b>Ingresos de Negocios</b>				
<b>Ingresos frecuentes o Regalías</b>				
			<b>TOTAL:</b>	

¿Algún miembro de su familia quien no está trabajando espera conseguir un trabajo por cualquier período en los próximos doce meses?  Sí  No



**ACTIVO:** Los activos incluyen dinero en efectivo (dondequiera que se mantengan), todas las cuentas bancarias, acciones, bonos, cuentas del mercado monetario, certificados de depósito, cuentas IRA, anualidades, jubilación / fondos de pensiones, 401K, el 403B, el valor en efectivo de la totalidad de pólizas de seguros de vida universal, la equidad en el sector inmobiliario o de las inversiones de capital, los elementos mantenidos como una inversión, (es decir, joyería, arte, monedas / sellos colecciones), etc También debe incluir el valor de los activos vendidos en los últimos 24 meses por menos del valor justo de mercado.

ACTIVOS	VALOR EN EFECTIVO	INGRESOS POR ACTIVOS	NOMBRE DE INSTITUCION FINANCIERA	NUMERO DE CUENTA
Cuenta corriente				
Ahorros				
Certificado de Deposito				
Fondos Mutuales/ Acciones/Bonos				
401K/IRA/Otra Cuenta de retiro				
Bienes raíces				
Seguro de Vida				
Bonos de Ahorro				
Otros				
<b>TOTAL:</b>				

No tenemos activos en este momento

¿Ha vendido Ud. algún activo, por menos de su valor de Mercado, en los últimos 24 meses?  Sí  No

**OTROS:**

¿Alguna vez fueron interpuestos contra usted cargos de desalojo, en una oficina del Juzgado de Distrito por no pagar y / o retraso en el pago del alquiler a su propietario o por cualquier otra razón?  Sí  No

¿Usted o algún miembro de su hogar o persona que Ud. desee que resida con usted ha sido convicto de un crimen? (Omita sólo violaciones del tráfico de menor importancia; DUI es considerado un crimen.)  Sí  No

¿Usted o algún miembro de su hogar o persona que Ud. Desea que resida con Uds. han sido liberados de la cárcel en los últimos cinco (5) años?  Sí  No

¿Hay alguna necesidad especial de vivienda o alojamiento razonable que en el hogar se requiere para satisfacer las necesidades de un miembro discapacitado de la familia? Por ejemplo, una unidad para personas con movilidad reducida, unidad para discapacitados visuales, unidad para personas con problemas auditivos, una ayudante para vivir, etc.

Sí  No Por favor lístelos aquí \_\_\_\_\_

**PHA Preferencia #1**

¿Eres una persona con movilidad reducida que requiere una unidad de acceso para personas discapacitadas o con una unidad de audio / visual características?  Sí  No

Si es Sí, Ud. Deberá proveer un certificado de un profesional calificado con respecto a sus necesidades para su hogar.

**PHA Preferencia #2**

¿Eres una persona con discapacidad que te interfiere significativamente con tu capacidad de obtener y mantenerte en una vivienda, que, sin adecuados servicios de apoyo, no sería capaz de mantenerte por ti sola en la vivienda, y para los que dichos servicios no se te pueden proporcionar en un entorno no- segregado?  Sí  No

En caso afirmativo, deberá proporcionar un certificado de un asistente social de Health Choices con respecto a su necesidad de esta unidad.



**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentezco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Yo / nosotros certificamos que si resultamos seleccionados, la unidad que Yo /nos ocuparemos será mi / nuestra residencia. Yo / Nosotros entendemos que la información anterior se colecta para determinar mi / nuestra elegibilidad. Yo / Nosotros autorizamos al propietario /gerente para verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y ponerse en contacto con los propietarios anteriores o actuales, u otras fuentes de crédito y verificación de la información, la cual, puede ser divulgada para agencias apropiadas sean federales, estatales o locales. Yo / nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas a lo mejor de mi / nuestro leal saber y entender. Yo / Nosotros entendemos que las declaraciones falsas o información son punibles bajo ley federal.

**TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DE LA FAMILIA DEBERAN FIRMAR ABAJO: (copia del propietario)**

Firma del Cabeza de familia : \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Co-cabeza: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Miembro Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Miembro Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Propietario/Administrador: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Advertencia: Sección 1001 del Titulo 18 del Código de USA dice que es tipificación penal, hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento u organismo del Gobierno de los Estados Unidos o Autoridad de Vivienda Pública con respecto a cualquier cuestión relacionada con su jurisdicción o hacer desautorizadas divulgación o impropio uso de la información aquí colectada.**

**PARA LA ADMINISTRACION SOLAMENTE:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Received Social Security Cards <input type="checkbox"/> | Received Income Verification <input type="checkbox"/> | Passed Criminal <input type="checkbox"/>        |
| Received Birth Certificates <input type="checkbox"/>    | Received Asset Verification <input type="checkbox"/>  | Passed Credit <input type="checkbox"/>          |
| Received Photo Ids <input type="checkbox"/>             | Received Rental Verification <input type="checkbox"/> | Passed Home Inspection <input type="checkbox"/> |



**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Yo / nosotros certificamos que si resultamos seleccionados, la unidad que Yo /nos ocuparemos será mi / nuestra residencia. Yo / Nosotros entendemos que la información anterior se colecta para determinar mi / nuestra elegibilidad. Yo / Nosotros autorizamos al propietario /gerente para verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y ponerse en contacto con los propietarios anteriores o actuales, u otras fuentes de crédito y verificación de la información, la cual, puede ser divulgada para agencias apropiadas sean federales, estatales o locales. Yo / nosotros certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas a lo mejor de mi / nuestro leal saber y entender. Yo / Nosotros entendemos que las declaraciones falsas o información son punibles bajo ley federal.

**TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DE LA FAMILIA DEBERAN FIRMAR ABAJO: (Sección 8 – HCV Copia)**

Firma del Cabeza de familia : \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Co-cabeza: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Miembro Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Miembro Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Propietario/Administrador: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Advertencia: Sección 1001 del Título 18 del Código de USA dice que es tipificación penal, hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento u organismo del Gobierno de los Estados Unidos o Autoridad de Vivienda Pública con respecto a cualquier cuestión relacionada con su jurisdicción o hacer desautorizadas divulgación o impropio uso de la información aquí colectada.**

**PARA LA ADMINISTRACION SOLAMENTE:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Received Social Security Cards <input type="checkbox"/> | Received Income Verification <input type="checkbox"/> | Passed Criminal <input type="checkbox"/>        |
| Received Birth Certificates <input type="checkbox"/>    | Received Asset Verification <input type="checkbox"/>  | Passed Credit <input type="checkbox"/>          |
| Received Photo Ids <input type="checkbox"/>             | Received Rental Verification <input type="checkbox"/> | Passed Home Inspection <input type="checkbox"/> |

