



INSTRUÇÕES PARA COMPLETAR O PEDIDO DE ALUGUEL

Por favor, leia estas instruções na íntegra antes de concluir sua inscrição.

1. Você deve preencher completamente o requerimento e os anexos necessários. Identifique o nome da propriedade. Se houver informações que não se aplicam, escreva "N/A" no espaço em branco.
2. As informações fornecidas neste Aplicativo serão tratadas como confidenciais.
3. Você pretende residir no empreendimento como sua residência principal e única.
4. Poderá candidatar-se a mais do que um tipo de unidade; no entanto, o tamanho e a composição de sua família devem ser apropriados para o tamanho da unidade.
5. Informações para todos os adultos maiores de 18 anos que planejam residir no apartamento devem ser fornecidas.
6. Todas as informações fornecidas serão verificadas. Se você falsificou ou omitiu informações intencionalmente, sua inscrição será rejeitada.
7. A renda e os bens totais de sua família devem estar dentro dos limites exigidos: Incluir como renda: renda de todos os membros da família com 18 anos de idade ou mais, incluindo, entre outros, renda bruta de trabalho, incluindo horas extras; bônus e comissões; Empregado por conta própria; pensões; anuidades; dividendos; juros sobre ativos; seguro Social; complemento previdenciário; pensão alimentícia e pensão alimentícia; benefícios dos veteranos; desemprego e compensação por invalidez; assistência social; presentes regulares; etc. Incluir como bens: o valor atual de todas as poupanças, cheques; cartões de débito expresso e contas de investimento (incluindo aposentadoria e contas educacionais), imóveis, propriedades de investimento, etc. (Não inclui automóvel(s) e outros bens pessoais.)
8. O desinvestimento de ativos dentro de dois anos da aplicação por mais de US\$ 1.000 por menos do que o valor justo de mercado será contabilizado para imputação de receita pelo valor total e justo.
9. Você não cometeu nenhuma fraude relacionada a nenhum programa federal ou estadual de auxílio-moradia e não deve aluguel ou outros valores relacionados ao auxílio-moradia.
10. O status do aluno precisará ser determinado e os candidatos devem se enquadrar nas diretrizes do programa implementadas pelo HUD sob a "Regra do aluno".
11. As inscrições serão analisadas o mais rápido possível para determinar a elegibilidade preliminar.
12. Verificações de antecedentes criminais/de crédito e referências de aluguel serão obtidas para todos os membros adultos da família com 18 anos de idade ou mais. Os requisitos de elegibilidade são os seguintes: histórico de pagamento de aluguel e outros encargos sob o contrato de locação em tempo hábil; histórico de cuidar e não danificar a unidade e as áreas comuns; histórico de não interferir nos direitos e gozo de outros e não danificar a propriedade de outros; não se envolver em nenhuma atividade que ameace a saúde, a segurança ou o direito de desfrutar pacificamente de outros residentes ou funcionários e histórico de não se envolver em atividades nas instalações ou próximas a elas que envolvam o uso ilegal de substâncias ou armas controladas; e qualquer atividade criminosa dentro ou fora das instalações que seria prejudicial ao alojamento caso ocorresse no local, e histórico de cumprimento das regras necessárias e razoáveis e requisitos do programa do provedor de alojamento.
13. A prioridade das unidades acessíveis será para famílias que necessitem de acomodações físicas.
14. Se você for deficiente e precisar de uma unidade acessível, um quarto extra para equipamentos ou para um atendente de cuidados pessoais, uma modificação razoável do alojamento ou uma acomodação razoável de regras, políticas, práticas ou serviços, inclua uma carta de seu principal prestador de cuidados de saúde explicando tais requisitos especiais.
15. As inscrições podem ser obtidas e enviadas pelo correio: South Cove Plaza Management office, 230 Stuart Street, Boston MA 02116; e-mail: SouthCovePlazaDL@waboston.com, pessoalmente: deixe no escritório da administração em 230 Stuart Street, Boston MA 02116 e online: <https://www.waboston.com/communities/ma/south-cove-plaza>, clique em Aplicar on-line
16. Os candidatos podem contestar uma determinação adversa solicitando uma conferência com um representante da Weston Associates no prazo de quatorze (14) dias corridos. As pessoas com deficiência têm o direito de solicitar uma acomodação razoável para participar do processo de audiência.



APLICATIVO DE ALUGUEL

AS INSCRIÇÕES SÃO COLOCADAS POR ORDEM DE DATA E HORA RECEBIDA. UM CANDIDATO PODERÁ SER ENTREVISTADO APENAS APÓS O RECEBIMENTO DESTE PEDIDO DE INQUILINO.

Por favor, liste as propriedades e o número de quartos que você está solicitando em ordem de preferência:

Nome da propriedade # Quartos de dormir Nome da propriedade # Quartos de dormir
1. _____ 2. _____

(Observe se recursos de acessibilidade são solicitados: Mobilidade Visão Audição)

Requerente nº 1: _____
Primeiro nome MI Sobrenome

Número da Segurança Social*

Telefone (residencial, celular ou outro)

O email

Residiu desde _____ para atual

Endereço: Rua e Apartamento nº

Cidade Cidade

Estado

Requerente #2: _____
Primeiro nome MI Sobrenome

Número da Segurança Social*

Telefone (residencial, celular ou outro)

O email

Residiu desde _____ para atual

Endereço: Rua e Apartamento nº

Cidade Cidade

Estado

Como você ficou sabendo desse desenvolvimento? _____

Métodos de contacto preferidos: correio postal; Caixa postal; o email; chamada telefónica; mensagem de texto e horário preferido de contato _____

***Exceto os membros da família que não possuem status de imigração elegível ou tinham 62 anos ou mais em 31 de janeiro de 2010.**

LOCADOR ATUAL

Nome do proprietário: _____ Tel. #: _____ Fax nº: _____

Endereço do Proprietário: _____
Rua Apt. # Cidade Cidade Estado País

O apartamento é alugado para você? SIM NÃO Se NÃO, explique: _____

Você está atualmente sob arrendamento? SIM NÃO Se SIM, quando termina o aluguel? _____

Razão para deixar: _____

Valor do aluguel por mês \$ _____ Nº de quartos: _____ Nº de ocupantes: _____ Você possui uma casa? SIM NÃO

Você está recebendo assistência de aluguel? SIM NÃO Se sim, qual autoridade habitacional? _____

Você recebeu algum aviso de rescisão do contrato de locação? SIM NÃO Se SIM, explique: _____

Razão para se candidatar a este desenvolvimento? _____



LOCADOR ANTERIOR (Histórico de cinco (5) anos obrigatório) Use uma folha de papel separada, se necessário, para incluir todos os 5 anos.

Nome do proprietário: _____ Tel. #: _____ Fax nº: _____

Endereço do Proprietário: _____
Rua Apt. # Cidade Cidade Estado Faixa postalEndereço do Requerente: _____
Rua Apt. # Cidade Cidade Estado Faixa postalO apartamento foi alugado para você? SIM NÃO Se NÃO, explique: _____

Nº de pessoas que residem no local: _____ Duração do arrendamento: a partir de _____ para _____ Valor do aluguel por mês \$ _____

Você estava sob um contrato de arrendamento? SIM NÃO Se SIM, permaneceu durante o seu mandato? SIM NÃO Você recebeu algum aviso de rescisão do contrato de locação? SIM NÃO Se SIM, explique: O motivo da sua saída: _____**LOCADOR ANTERIOR** (Histórico de cinco (5) anos obrigatório) Use uma folha de papel separada, se necessário, para incluir todos os 5 anos.

Nome do proprietário: _____ Tel. #: _____ Fax nº: _____

Endereço do Proprietário: _____
Rua Apt. # Cidade Cidade Estado Faixa postalEndereço do Requerente: _____
Rua Apt. # Cidade Cidade Estado Faixa postalO apartamento foi alugado para você? SIM NÃO Se NÃO, explique: _____

Nº de pessoas que residem no local: _____ Duração do arrendamento: a partir de _____ para _____ Valor do aluguel por mês \$ _____

Você estava sob um contrato de arrendamento? SIM NÃO Se SIM, permaneceu durante o seu mandato? SIM NÃO Você recebeu algum aviso de rescisão do contrato de locação? SIM NÃO Se SIM, explique: Motivo da sua saída: _____

Forneça uma lista de todos os estados em que qualquer membro da família residiu: _____

Por favor, liste todos os endereços de apartamentos anteriores, se acima forem menos de cinco (5) anos: _____

Nome do proprietário: _____ Endereço do Proprietário: _____

Por que você deixou este apartamento? _____

Você já recebeu algum aviso de rescisão de locação enquanto estava neste apartamento? SIM NÃO Se sim, explique: _____

Preencha as seguintes informações para cada membro de sua família, incluindo você, que ocupará o apartamento:

NOME	DATA DE RELACIONAMENTO	GÊNERO DE	NASCIMENTO*	OCUPAÇÃO	ALUNO DE FT SIM / NÃO	CPF ou CPF

*As informações fornecidas para gênero são para fins demográficos e são opcionais (Masculino, Feminino, Não-binário ou Escolha não compartilhar).

RENDA: Liste TODAS as fontes de renda de cada membro de sua família.

RENDA DO TRABALHO: *Se não houver “emprego”, indique nenhum na caixa abaixo.*

MEMBRO DA FAMÍLIA	NOME DO EMPREGADOR E ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA	BRUTO MENSAL MONTANTE

OUTRAS FONTES DE RENDA (para todos os membros do agregado familiar):

	VALOR RECEBIDO POR MÊS	PESSOA QUE RECEBE TAL RENDA
Seguro Social	\$	
Renda de Segurança Suplementar (SSI)	\$	
Pensão / Anuidade / Trust	\$	
Assistência Pública (TANF / AFDC / EAFDC / GR)	\$	
Seguro desemprego	\$	
Compensação do Trabalhador	\$	
Pensão alimentícia : <i>Você tem direito legal a receber pensão alimentícia?</i>	\$	
<i>Se sim, liste o valor que você tem direito a receber.</i>		
Pensão alimentícia: você recebe pensão alimentícia? Liste o valor que você recebe.	\$	
Pensão alimentícia: <i>Você tem direito legal a receber pensão alimentícia?</i>	\$	
<i>Se sim, liste o valor que você tem direito a receber.</i>		
Pensão alimentícia: Você recebe pensão alimentícia? Liste o valor que você recebe.	\$	
Renda de estudante em tempo integral (18 anos ou mais)	\$	
Ajuda Financeira (excluindo empréstimos)	\$	
Contribuições de presentes para famílias (monetárias ou não)	\$	
Benefícios do Veterano (relacione o número da reclamação)	\$	
Pagamentos de Seguro de Cuidados Médicos de Longo Prazo superiores a US\$ 180/dia		
Pagamentos programados de investimentos		
Outras receitas (<i>favor especificar</i>)		

Receita Anual Bruta Total (Com base nos valores mensais listados acima X 12

\$ _____

Receita Anual Bruta Total do Ano Anterior

\$ _____

Vocês antecipam alguma variação nessa receita nos próximos 12 meses? SIM NÃO Algum membro do

agregado familiar tem direito legal a receber assistência ao rendimento? SIM NÃO Algum membro da família pode receber

renda ou assistência (**monetária ou não**) de alguém que não seja membro da família listada acima? SIM NÃO

Se sim para qualquer um dos itens acima, por favor, explique:

ATIVOS Por favor, liste os ativos *agora possuídos ou alienados nos últimos dois anos* de qualquer pessoa morando em sua residência (*incluindo cheques, poupança, IRA, conta do mercado monetário, certificados a prazo, imóveis, ações, títulos, certificados, cartão de débito expresso e Dinheiro disponível após a poupança.*):

DESCRIÇÃO DO ATIVO	FONTE / NOME DO BANCO	MONTANTE OU VALOR	NÚMERO DE CONTA
Checando contas		\$	
contas de poupança		\$	
Contas Fiduciárias		\$	
Cartões de Depósito Direto para SS, SSI, SSP, TANF, Pensão alimentícia, Trabalho		\$	
Certificados de Depósito		\$	
Contas do Mercado Monetário		\$	
Títulos de poupança		\$	
Apólice de seguro de vida	Valor em dinheiro		
Fundos Mútuos: Nome_ _____	Nº de Ações	Juros ou Dividendos: \$	Valor: \$
Ações: Nome_ _____	Nº de Ações	Dividendo Pago \$	Valor \$
Título: Nome _____	Nº de Ações	Juros ou Dividendos \$	Valor \$
Propriedade de investimento			

Você possui algum Imóvel? SIM NÃO

Se sim, tipo de propriedade _____
 Localização da propriedade _____
 Valor de Mercado Avaliado _____
 Hipoteca ou saldo de empréstimos pendentes devido _____
 Valor do prêmio anual do seguro _____
 Valor da nota fiscal mais recente _____

Algum membro do agregado familiar tem bens detidos em conjunto com uma pessoa que NÃO é membro do agregado familiar? SIM NÃO

Se sim, explique: Eles têm _____
 acesso ao(s) ativo(s)? _____

Você vendeu/alienou algum imóvel nos últimos 2 anos? SIM NÃO Se sim, Tipo de Imóvel? _____

Valor de mercado quando vendido/alienado _____
 Valor vendido/alienado para Data da transação: _____

Você alienou algum ativo nos últimos 2 anos? (Ex: Doar dinheiro a parentes, criar contas fiduciárias irrevogáveis) SIM NÃO

Se sim, descreva o ativo: _____
 Data de disposição _____
 Valor descartado _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Você ou algum membro da família está sujeito ao requisito de registro vitalício de criminosos sexuais em qualquer estado? SIM NÃO

Você atualmente tem um animal doméstico? SIM NÃO ; se SIM, que tipo? _____

Quantos carros estarão estacionados no local? _____ (Cópias do registro devem ser fornecidas.)

Ano: _____ Cadastro # _____ Marca/Modelo: _____

Ano: _____ Registro # _____ Marca/Modelo: _____

Você ou algum membro da família já cometeu alguma fraude relacionada a algum programa Federal de Assistência à Habitação?

SIM NÃO ; se SIM, explique:

Você ou algum membro da família da Assistência Federal já foi rescindido por fraude?

SIM NÃO ; se SIM, explique:

Todos os menores listados viverão na unidade pelo menos 50% do tempo?

SIM NÃO

Houve alguma mudança na composição familiar nos últimos doze meses? SIM NÃO Se sim, explique. Você prevê alguma mudança na composição familiar nos próximos doze meses? SIM NÃO Em caso afirmativo,

explique Existe alguém não listado acima que normalmente viveria com o agregado familiar? SIM NÃO Se sim, explique

Você ou algum membro de sua família já foi acusado de algum crime nos últimos 10 anos?

Se sim, explique _____

Todas as pessoas da família serão ou foram estudantes em tempo integral durante cinco meses deste ano ou planejam estar no próximo ano civil em uma instituição educacional (que não seja uma escola por correspondência) com instalações e alunos regulares? SIM NÃO

SE SIM, RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS:

Algum(is) estudante(s) em tempo integral é(são) casado(s) e está apresentando uma declaração de imposto de renda conjunta? SIM NÃO

Algum(is) aluno(s) matriculado(s) em um programa de treinamento profissional está recebendo assistência sob a Lei de Parceria de Treinamento Profissional? SIM NÃO

Algum aluno em tempo integral é um destinatário TANF ou título IV? SIM NÃO

Algum(is) estudante(s) em tempo integral é(são) pai(s) solteiro(s) morando com seu(s) filho(s) que não é Dependente da declaração de imposto de renda de outra pessoa e cujos filhos não dependem de ninguém além dos pais? SIM NÃO

Algum aluno é uma pessoa que esteve anteriormente sob os cuidados e colocação de um programa de assistência social (sob a Parte B ou E do Título IV da Lei de Seguridade Social)? SIM NÃO

PESSOAS A AVISAR EM CASO DE EMERGÊNCIA OU ASSISTÊNCIA (Quem o está a ajudar a preencher este formulário ou quem tem autorização para falar conosco):

NOME	RELAÇÃO	MORADA	NÚMERO DE TELEFONE

IGUALDADE DE OPORTUNIDADES / INFORMAÇÕES DE HABITAÇÃO JUSTA

A Weston Associates não discrimina com base em raça, cor, religião, nacionalidade, sexo, deficiência, estado familiar, estado civil, orientação sexual, informações genéticas, veterano/situação militar, recebimento de assistência pública, ascendência, idade, identidade de gênero ou outra base proibida por lei federal, estadual ou local no acesso ou admissão a seus programas ou emprego ou seus programas, atividades, funções ou serviços.

As informações a seguir serão exigidas pelo Governo Federal para monitorar a conformidade deste proprietário/agente administrativo com as Leis de Igualdade de Oportunidades de Moradia e de Moradia Justa. A lei estabelece que um requerente não pode ser discriminado com base nas informações fornecidas abaixo, sejam as informações fornecidas ou não.

IDIOMA FAMILIAR PREFERIDO

Qual é a sua língua familiar preferida? _____

CATEGORIAS ÉTNICAS

Hispânico ou Latino

Não hispânico ou latino

CATEGORIAS DE CORRIDA

Índio Americano ou Nativo do Alasca

Asiático

Negro ou afro-americano

Nativo havaiano ou outro ilhéu do Pacífico

Branco

Outros

Não desejo fornecer as informações acima

Certifico que as informações fornecidas nesta inscrição são verdadeiras e completas, tanto quanto é do meu conhecimento, e reconheço o entendimento de que esta inscrição constitui meu pedido de consideração como inquilino no desenvolvimento acima. Não constitui um contrato de arrendamento ou uma promessa por parte do proprietário ou agente de gestão de que um apartamento me será disponibilizado. Entendo que informações adicionais podem ser solicitadas para concluir o processamento da minha inscrição.

Entendo e concedo permissão para que todas as informações acima sejam verificadas pelo proprietário/agente. Eu também entendo e concedo permissão para autorizar um serviço de agência de crédito a fazer qualquer relatório do consumidor e relatório investigativo do consumidor, por meio do qual as informações são obtidas por meio de registros públicos, entrevistas pessoais ou telefônicas com meus vizinhos, amigos ou outras pessoas que conheço. Esta consulta pode incluir informações sobre meu caráter, merecimento de crédito, posição de crédito e capacidade de crédito. Entendo que tenho o direito de fazer uma solicitação por escrito dentro de um prazo razoável para receber informações sobre a natureza e o escopo de qualquer relatório feito.

Entendo que uma declaração falsa, deturpação ou omissão de qualquer informação neste formulário afetará a aprovação da residência; e, caso eu assumo a ocupação, será considerado descumprimento relevante do contrato de locação e fundamento para rescisão da locação.

Por fim, compreendo e permito que as informações relativas ao meu arrendamento possam e serão disponibilizadas a uma agência de crédito ao consumidor, verificações criminais e/ou outras perguntas sobre o meu arrendamento com o complexo de apartamentos durante e após o meu período de arrendamento.

DIREITO A ACOMODAÇÃO RAZOÁVEL Weston Associates.

considerará uma acomodação razoável, mediante solicitação para pessoas com deficiência qualificadas, quando uma acomodação for necessária, não apenas desejável, para garantir acesso igualitário ao empreendimento, suas comodidades, serviços e programas.

Acomodações razoáveis podem incluir mudanças no prédio, no terreno ou em uma unidade individual; mudanças nas políticas, práticas e procedimentos; e circunstâncias atenuantes.

____ Por favor, verifique aqui se você gostaria de fazer um pedido de acomodação razoável. A gerência fornecerá a você com um Formulário de Solicitação de Acomodação Razoável (RA-1) e preencha um Formulário de Referência (RA-2) para o Coordenador de Serviços Residentes da propriedade para acompanhamento direto com você de acordo com as Políticas e Procedimentos de Acomodação Razoável da Administração.

Encontro: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinaturas e prova de identificação serão exigidas de todos aqueles que assinarem o contrato de arrendamento.



Certificações do Requerente

Este aplicativo não obriga a mim/nós, o proprietário do imóvel ou a Weston Associates de forma alguma. Entendo que é minha responsabilidade notificar a Weston Associates, por escrito, sobre mudanças de endereço. Entendo que solicitações incompletas não podem ser processadas, que a conclusão de uma inscrição não é garantia de um apartamento. Fornecerei todas as informações necessárias, incluindo nomes de fontes, endereços, números de telefone e números de contas, quando aplicável, e qualquer outra informação necessária para agilizar o processo de inscrição. Entendo que minha ocupação depende do cumprimento dos critérios de seleção de residentes da Weston Associates e dos requisitos do Programa de Habitação. Certifico que se me oferecerem e aceitarem um apartamento, será minha residência permanente e que não mantere um apartamento separado em um local diferente.

Informações importantes sobre fraude ou declarações falsas: Ao assinar abaixo, confirmo/confirmamos que entendo/nós entendemos que declarações ou informações falsas são puníveis pela lei federal. Eu/nós também entendo/entendemos que declarações ou informações falsas são motivos para negar minha/nossa inscrição, rescisão do auxílio-moradia e/ou rescisão do aluguel após a ocupação.

Autorização de divulgação de informações: Ao assinar abaixo, eu/nós autorizamos/nós, por meio deste, autorizamos a Weston Associates a obter qualquer informação relativa ao meu/nosso pedido de moradia e locação proposta, incluindo, entre outros, consultas sobre minha/nossa renda, bens, despesas médicas, crianças custos de cuidados, referências de caráter e proprietário; obter um relatório de crédito; obter informações de qualquer agência de triagem, qualquer agência de aplicação da lei ou qualquer tribunal sobre quaisquer dados de condenação criminal.

Certificação de Precisão: Ao assinar abaixo, eu/nós certifico/certifico que as informações que eu/nós fornecemos nesta inscrição são verdadeiras, completas e precisas de acordo com o meu/nosso conhecimento.

Todos os membros adultos (18 anos de idade ou mais) da família devem assinar o formulário preenchido para processamento.

Assinatura

Encontro

Assinatura

Encontro



Informações de contato suplementares e opcionais para candidatos a moradia assistida pelo HUD

SUPLEMENTO AO PEDIDO DE HABITAÇÃO COM ASSISTÊNCIA FEDERAL Este formulário deve ser fornecido a cada solicitante de moradia com assistência federal.

Instruções: Pessoa de contato ou organização opcional: Você tem o direito por lei de incluir como parte de sua solicitação de moradia, o nome, endereço, número de telefone e outras informações relevantes de um membro da família, amigo ou social, saúde, advogado, ou outra organização. Estas informações de contato têm o objetivo de identificar uma pessoa ou organização que possa ajudar a resolver quaisquer problemas que possam surgir durante sua locação ou para auxiliar na prestação de cuidados ou serviços especiais que você possa precisar. Você pode atualizar, remover ou alterar as informações fornecidas neste formulário a qualquer momento. Você não é obrigado a fornecer essas informações de contato, mas se optar por fazê-lo, inclua as informações relevantes neste formulário.

Nome do candidato: _____

Endereço para correspondência: _____

Número de telefone: _____

Número do telefone celular: _____

Nome da pessoa ou organização de contato adicional: _____

Endereço: _____

Número de telefone: _____

Número do telefone celular: _____

Endereço de e-mail (se aplicável): _____

Relação com o candidato: _____

Motivo do contato: (Marque todos os que se

aplicam) Emergência Incapaz de entrar em contato com você Rescisão da assistência de aluguel Despejo da unidade

Atraso no pagamento do aluguel Auxiliar no processo de recertificação Mudança nos termos do aluguel Mudança nas regras da casa

 Outros:

Compromisso da Autoridade Habitacional ou Proprietário: Se você for aprovado para habitação, esta informação será mantida como parte de seu arquivo de inquilino. Se surgirem problemas durante o seu arrendamento ou se necessitar de quaisquer serviços ou cuidados especiais, podemos contactar a pessoa ou organização que listou para o ajudar a resolver os problemas ou a fornecer-lhe quaisquer serviços ou cuidados especiais.

Declaração de Confidencialidade: As informações fornecidas neste formulário são confidenciais e não serão divulgadas a ninguém, exceto conforme permitido pelo candidato ou pela lei aplicável.

Notificação legal: Seção 644 da Lei de Habitação e Desenvolvimento Comunitário de 1992 (Lei Pública 102-550, aprovada em 28 de outubro de 1992) exige que cada requerente de moradia assistida pelo governo federal tenha a opção de fornecer informações sobre uma pessoa ou organização de contato adicional. Ao aceitar a inscrição do candidato, o provedor habitacional concorda em cumprir os requisitos de não discriminação e igualdade de oportunidades da seção 5.105 do 24 CFR, incluindo as proibições de discriminação na admissão ou participação em programas habitacionais assistidos pelo governo federal com base em raça, cor, religião, nacionalidade, sexo, deficiência e status familiar sob o Fair Housing Act, e a proibição de discriminação por idade sob o Age Discrimination Act de 1975.

 Marque esta caixa se você optar por não fornecer as informações de contato.

Assinatura do requerente: _____

Encontro: _____

Os requisitos de coleta de informações contidos neste formulário foram enviados ao Escritório de Administração e Orçamento (OMB) sob a Lei de Redução da Burocracia de 1995 (44 USC 3501-3520). A carga de relatórios públicos é estimada em 15 minutos por resposta, incluindo o tempo para revisar instruções, pesquisar fontes de dados existentes, coletar e manter os dados necessários e concluir e revisar a coleta de informações. A Seção 644 da Lei de Habitação e Desenvolvimento Comunitário de 1992 (42 USC 13604) impôs ao HUD a obrigação de exigir que os provedores de moradia que participam dos programas de moradia assistida do HUD forneçam a qualquer indivíduo ou família que solicite ocupação em moradia assistida pelo HUD a opção de incluir no pedido de ocupação, o nome, endereço, número de telefone e outras informações relevantes de um membro da família, amigo ou pessoa associada a uma organização social, de saúde, de defesa ou similar. O objetivo de fornecer essas informações é facilitar o contato do provedor de habitação com a pessoa ou organização identificada pelo inquilino para auxiliar na prestação de serviços ou cuidados especiais ao inquilino e ajudar na resolução de quaisquer problemas de locação que surjam durante a locação de tal inquilino. Essas informações de inscrição suplementares devem ser mantidas pelo provedor de hospedagem e mantidas como informações confidenciais.

Fornecer as informações é básico para as operações do Programa de Habitação Assistida do HUD e é voluntário. Ele oferece suporte aos requisitos estatutários e controles de programa e gerenciamento que evitam fraude, desperdício e má administração. De acordo com o Paperwork Reduction Act, uma agência não pode conduzir ou patrocinar, e uma pessoa não é obrigada a responder a uma coleta de informações, a menos que a coleta exiba um número de controle OMB válido no momento.

Declaração de Privacidade: A Lei Pública 102-550 autoriza o Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano (HUD) a coletar todas as informações (exceto o Número do Seguro Social (SSN)) que serão usadas pelo HUD para proteger os dados de desembolso de ações fraudulentas.