

43-45 Maple
Street
Croton-on-
Hudson, NY

FECHA LÍMITE PARA SOLICITAR: 18 DE ABRIL DE 2024

LOTERÍA DE VIVIENDA: 3 de mayo 2024 a las 2:00 P.M.

VÍA ZOOM: <https://us02web.zoom.us/j/86809894199>

Solicite en línea en housingactioncouncil.org -
o llene una solicitud y envíela por correo o
entréguela a mano en:

Housing Action Council
55 South Broadway, 1st Floor
Tarrytown, NY 10591

Llame al: 914-332-4144 o envíe un correo a
hac@affordablehomes.org para más información o por si tiene
preguntas.

*Los solicitantes pueden solicitar más de un tamaño de habitación si
cumplen con los requisitos de tamaño de familia o si necesitan un
acomodo razonable para otro tamaño.

**Dormitorios
deseados*:**

1BR

2BR

3BR

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido: _____ Nombre _____ Inicial del 2do nombre _____

Núm. de Seguridad Social o Alternativo (por ej., ITIN# (Últimos 4 Dígitos) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección _____ Núm. de apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Complete aquí su dirección anterior (si ha estado en la dirección actual durante menos de 2 años)

Dirección _____ Núm. de apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Información de empleo: Empleador: _____ ¿Cuánto tiempo ha estado empleado?: _____

Dirección del empleador/compañía: _____ Nombre del supervisor: _____

Elija uno: Ingreso bruto anual _____ Ingreso bruto semanal: _____ Ingreso bruto mensual: _____

Otras fuentes de ingreso y subsidios de renta: _____

Ingreso bruto anual del año pasado: _____ Ingresos brutos esperados este año: _____

INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE (si es aplicable)

Apellido: _____ Nombre _____ Inicial del 2do nombre _____

Núm. de Seguridad Social o Alternativo (por ej., ITIN# (Últimos 4 Dígitos) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección _____ Núm. de apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Complete aquí su dirección anterior (si ha estado en la dirección actual durante menos de 2 años)

Dirección _____ Núm. de apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Información de empleo: Empleador: _____ ¿Cuánto tiempo ha estado empleado?: _____

Dirección del empleador/compañía: _____ Nombre del supervisor: _____

Elija uno: Ingreso bruto anual _____ Ingreso bruto semanal: _____ Ingreso bruto mensual: _____

Otras fuentes de ingreso y subsidios de renta: _____

Ingreso bruto anual del año pasado: _____ Ingresos brutos esperados este año: _____



Se aplican restricciones de ingresos • Una oportunidad de vivienda igualitaria



RESIDENTES QUE VIVIRÁN EN EL APARTAMENTO

(incluya a todos los que vivirán en el apartamento empezando por el solicitante y el cosolicitante)

Nombre	Apellido	Edad	Relación con el solicitante
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PROPIETARIO ACTUAL

Nombre: _____
Dirección/ciudad del propietario: _____
Número de teléfono: _____
Renta: _____ Número de años: _____

PROPIETARIO ANTERIOR

Nombre: _____
Dirección/ciudad del propietario: _____
Número de teléfono: _____
Renta: _____ Número de años: _____

FUENTES DE INGRESO

¿Tiene algún ingreso o subsidio de alquiler de fuentes distintas al empleo mencionado anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, indique otras fuentes de ingresos o subsidios de alquiler:

Fuente de ingresos o subsidio de alquiler	Cantidad mensual
1. Seguridad Social _____	_____
2. Pensión _____	_____
3. Otra _____	_____
4. Otra _____	_____

ACCESIBILIDAD/ADAPTABILIDAD

¿Algún miembro del hogar se beneficiaría de las características especiales de un apartamento accesible?

Marque todo lo que corresponda: ¿Accesible para sillas de ruedas? ¿Tiene problemas de audición? ¿Tiene discapacidad visual?

ADAPTACIONES RAZONABLES

Si es una persona con discapacidades, puede solicitar una adaptación razonable. Consulte el documento adjunto para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de adaptación razonable.

Por motivos estadísticos, solo se le pide la siguiente información para determinar el grado en que los programas son utilizados por personas de diferentes razas y orígenes étnicos. Proporcione la información sobre el/la jefe de familia solamente. (Esta pregunta es opcional y no tendrá efecto en su solicitud).

- a. IDENTIFICACIÓN RACIAL DEL GRUPO: Se usa para fines estadísticos solamente. (Favor de marcar solo uno de este grupo para el jefe de familia solamente). (Responda a. y b.)

Raza única

_____ Blanco
_____ Negro o afroamericano
_____ Asiático
_____ Indoamericano o nativo de Alaska
_____ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

Raza mixta

_____ Indoamericano o nativo de Alaska y blanco
_____ Asiático y blanco
_____ Negro o afroamericano y blanco
_____ Indoamericano o nativo de Alaska y negro o afroamericano
_____ Otras razas múltiples

- b. ETNICIDAD: (marque solo uno de este grupo) _____ Hispano _____ No hispano

¿Cómo se enteró de nosotros? _____



Yo (nosotros) aceptamos autorizar a Michaels Management-Affordable, Regan Development Corporation y/o Housing Action Council, o sus agentes, a utilizar esta copia de mis/nuestras firmas como aprobación para verificar mi/nuestro crédito, empleo, activos, arrendamientos actuales o anteriores, antecedentes penales y condición de delincuente sexual en relación con mi/nuestra solicitud o futuro arrendamiento de un apartamento. Todas las verificaciones se enviarán directamente a las personas autorizadas y se utilizarán únicamente para fines relacionados con el apartamento. Las personas abajo firmantes representan y reconocen que el propietario considera que toda la información es de naturaleza material y entiende que cualquier declaración y/o información falsa proporcionada se considerará incumplimiento material de mi/nuestro contrato de arrendamiento y motivo de desalojo. Las personas abajo firmantes certifican que las declaraciones hechas en esta solicitud previa son verdaderas y completas a mi/nuestro leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ Fecha _____

FIRMA DEL COSOLICITANTE _____ Fecha _____

FIRMA DEL COSOLICITANTE _____ Fecha _____

Todas las personas mayores de 18 años deben firmar la solicitud.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, COMUNÍQUESE CON HOUSING ACTION COUNCIL
hac@affordablehomes.org • (914) 332-4144 • www.housingactioncouncil.org



Se aplican restricciones de ingresos • Una oportunidad de vivienda igualitaria

