



Moravian Houses

BETHLEHEM, PA 18018
BUILDING #1- 737 MAIN STREET
PHONE: 610-691-8409 FAX: 610-691-1756
BUILDING #2- 701 MAIN STREET
PHONE: 610-861-0717 FAX: 610-866-6236
BUILDING #3- 133 WEST UNION BLVD
PHONE: 610-691-3808 FAX: 610-691-3998
BUILDING #4- 70 WEST NORTH STREET
PHONE: 610-625-3131 FAX: 610-625-3132
TTY: 800-654-5984 Voice: 800-654-5988
www.moravian-house.org



Email: mgarganta@moraviandevelopment.org
alilly@moraviandevelopment.org
vquinones@moraviandevelopment.org
jspaar@moraviandevelopment.org

Estimado solicitante de vivienda en Moravian House

Gracias por su interés en los apartamentos Moravian House. Se adjunta la solicitud de arrendamiento.

Las siguientes son las categorías establecidas para determinar las calificaciones para Vivienda Asistencia entre los solicitantes que solicitan a nuestra oficina un apartamento:

- 62 años de edad y/o incapacitado permanentemente por el Seguro Social para Edificios I & II
- 55 años de edad o más para el Edificio III
- Límites de ingresos calificados establecidos anualmente por HUD
 - Límite de ingresos para MHI & MHII a partir del 5-15-2023:
 - Individual: \$53,700
 - 2 Personas: \$61,400
 - Límite de ingresos para MHIII a partir del 5-15-2023:
 - Individual: \$40,320
 - 2 Personas: \$46,080
- Ciudadanía de EE. UU. o calificaciones establecidas por HUD
- Sin antecedentes penales recientes o actuales. Moravian House puede negar la admisión a los solicitantes que estén o hayan estado involucrados en actividades delictivas que podrían indicar razonablemente una amenaza actual para la salud, la seguridad o el bienestar de los demás. Todos los solicitantes y residentes serán evaluados utilizando la Política de antecedentes penales de la Autoridad de vivienda..

Managers,

Moravian Houses I, II & III

SOLICITUD DE ADMISIÓN Y ASISTENCIA AL ALQUILER

Moravian House I – 737 Main Street, Bethlehem, PA 18018 610-691-8409
Moravian House II – 701 Main Street, Bethlehem, PA 18018 610-861-0717
Moravian House III - 133 W. Union Boulevard, Bethlehem, PA 18018 610-691-3808
TTY: 800-654-5984 Voice: 800-654-5988

www.moravian-house.org

Si envía su solicitud por correo, asegúrese de enviarla a: Moravian House III – 133 W. Union Boulevard, Bethlehem, PA 18018

Nombre del solicitante _____ Número de solicitud _____

Dirección actual _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal _____

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono celular _____ e-mail _____

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

- **Indique el cabeza de familia y todos los demás miembros que vivirán en la unidad. Indique el parentesco de cada miembro de la familia del Jefe de Hogar.**

Jefe de hogar _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Edad _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No desea responder Relación _____

Miembro del hogar _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Edad _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No desea responder Relación _____

- ¿Es dueño de un automóvil? ☐ Si ☐ No Necesitaría estacionamiento "en el lugar"? ☐ Si ☐ No
- Placa # _____
- Licencia o identificación con foto # _____
- Tienes una mascota? ☐ Si ☐ No Que tipo? _____
- Raza del cabeza de familia: (marque uno, solo para fines estadísticos).
☐ Blanco ☐ Negro ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático/Isleño del Pacífico
- Origen étnico del cabeza de familia: (solo para fines estadísticos).
☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic
- Vive alguien con usted ahora que no esté en la lista anterior? ☐ Si ☐ No
- Espera un cambio en la composición de su hogar? ☐ Si ☐ No
Explique si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas.

- Está discapacitado el jefe de familia o el cónyuge? ☐ Si ☐ No
(solo para fines de elegibilidad del programa y la unidad).
- Identifique cualquier necesidad accesible especial para su hogar: _____

- Puede seguir los términos del contrato de arrendamiento con o sin asistencia? ☐ Si ☐ No
- Eres un veterano militar de los Estados Unidos? ☐ Si ☐ No
- Necesita vivienda temporal para un desastre declarado por el presidente?
☐ Si ☐ No
- Vive ahora en una unidad de vivienda subvencionada? ☐ Si ☐ No
- Nombre del Complejo: _____
- Dirección del Complejo _____
- Nombre del Gerente _____
- Número de teléfono del gerente _____
- Por qué quiere mudarse? _____
- Tiene o ha tenido alguna vez chinches? ☐ Si ☐ No
 - En caso afirmativo, ¿cómo se remedió la situación?? _____

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

- Alguna vez ha pagado cargos por pago atrasado de la renta? ☐ Si ☐ No
- Alguna vez le han pedido que se mude debido a una violación del contrato de arrendamiento con un arrendador?
☐ Si ☐ No
- Usted o un miembro de su familia le debe dinero al arrendador por daños o falta de pago del alquiler?
☐ Si ☐ No
- Usted o un miembro de su familia debe dinero a una Autoridad de Vivienda Pública o a una Compañía Administradora?
☐ Si ☐ No
- Alguna vez le han pedido a usted o a un miembro de su familia que abandone una residencia?
☐ Si ☐ No
- Alguna vez ha sido desalojado? ☐ Si ☐ No
Si es así por qué?

- Alguna vez ha sido condenado por un delito? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo:
¿Cuál fue el (los)
cargo(s)? _____

Cuál fue la(s)
fecha(s)? _____

Cuál fue el resultado?

- Alguna vez ha estado involucrado en alguna actividad de provocar un incendio o ha causado un incendio accidental?
☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, describa el (los) incidente(s): _____

- Está actualmente o alguna vez ha estado en tratamiento por adicción a las drogas y/o al alcohol?
☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique la(s) fecha(s) y el(los) lugar(es): _____

- Usó usted o un miembro de su familia un nombre diferente al que está usando ahora?
☐ Si ☐ No
si si cual fue? _____
- Está usted o algún miembro de su hogar sujeto a un programa estatal de registro de delincuentes sexuales de por vida en algún estado? La falta de respuesta a esta pregunta puede poner en peligro la aprobación de esta solicitud..
☐ Si ☐ No
- Tiene un administrador de casos de salud mental? Si si:
Nombre: _____
Agencia: _____
Teléfono #: _____
Adónde vas para recibir tratamiento de salud mental? _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y ACTIVOS

Por favor conteste cada una de las siguientes preguntas. Para cada "sí", proporcione detalles en los cuadros a continuación. ¿Algún miembro de su hogar:

- ☐ Si ☐ No 1. Trabaja a tiempo completo, a tiempo parcial o por temporadas?
- ☐ Si ☐ No 2. Espere trabajar durante cualquier período durante el próximo año?
- ☐ Si ☐ No 3. Trabajar para alguien que les paga en efectivo?
- ☐ Si ☐ No 4. Espere un permiso de ausencia del trabajo debido a despido, médico, maternidad o licencia militar?
- ☐ Si ☐ No 5. Ahora recibe o espera recibir beneficios de desempleo?
- ☐ Si ☐ No 6. Ahora recibe o espera recibir manutención de niños?
- ☐ Si ☐ No 7. Tiene derecho a manutención infantil que ahora no recibe?
- ☐ Si ☐ No 8. Ahora recibe o espera recibir pensión alimenticia?
- ☐ Si ☐ No 9. Tiene derecho a recibir una pensión alimenticia que actualmente no recibe?
- ☐ Si ☐ No 10. Ahora recibe o espera recibir asistencia pública (TANF)?
- ☐ Si ☐ No 11. Ahora recibe o espera recibir beneficios del Seguro Social o por discapacidad?

- ☐ Si ☐ No 12. Ahora recibe o espera recibir ingresos de una pensión o renta vitalicia?
- ☐ Si ☐ No 13. Ahora recibe o espera recibir contribuciones periódicas de organizaciones o de personas que no viven en la unidad?
- ☐ Si ☐ No 14. Reciba ingresos de activos, incluidos intereses sobre cuentas corrientes o de ahorro cuentas, intereses y dividendos de certificados de depósito, acciones o bonos o los ingresos de la propiedad de alquiler?
- ☐ Si ☐ No 15. Tiene bienes inmuebles o bienes por los que no recibe ingresos (cuenta corriente, efectivo)?
- ☐ Si ☐ No 16. Ha vendido o regalado bienes inmuebles u otros activos (incluido efectivo) en los últimos dos años?
- ☐ Si ☐ No 17. Tiene un representante del beneficiario? En caso afirmativo:
Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
- ☐ Si ☐ No 18. Eres un estudiante de tiempo completo o de medio tiempo?

INGRESOS BRUTOS:

NOMBRE DEL MIEMBRO	FUENTE DE INGRESO/TIPO DE INGRESO	INGRESO BRUTO ANUAL

ACTIVOS:

- Enumere todas las cuentas corrientes y de ahorro (incluidas acciones, bonos, fideicomisos, pensiones, cuentas IRA, cuentas Keogh y certificados de depósito) de todos los miembros del hogar.

NOMBRE DEL MIEMBRO	NOMBRE DEL BANCO	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SALDO

- Enumere todos los activos enajenados por menos de su valor justo de mercado durante los últimos dos años: _____

Haga una lista de las herencias, premios de lotería o pagos de sumas globales: _____

- Enumere cualquier póliza de seguro de vida:

- Recibe usted o un miembro de su familia ingresos de algún tipo de activo, tales como: renta de propiedad de alquiler o dividendos de una inversión? ☐ Sí ☐ No
- Usted o un miembro de su familia tiene bienes en un país extranjero? ☐ Sí ☐ No

GASTOS:

☐ Sí ☐ No Tiene gastos para el cuidado de niños, o un niño de 12 años o menos? En caso afirmativo, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de atención: Cuál es el costo semanal para usted del cuidado de niños? _____

☐ Sí ☐ No Paga a un asistente de cuidado o por algún equipo para cualquier miembro discapacitado del hogar necesario para permitir que esa persona o alguien más en el hogar trabaje?

Si le paga a un asistente de atención, proporcione su nombre, dirección y número de teléfono:

Solo familias de la tercera edad:

☐ Sí ☐ No Tiene Medicare? En caso afirmativo, ¿cuál es su prima mensual? _____

☐ Sí ☐ No Tiene algún otro tipo de seguro médico? En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas.:

Proporcione el nombre y la dirección de la aseguradora, el número de póliza y el monto de la prima:

☐ Sí ☐ No Tiene facturas médicas pendientes? Si es así, enumérelas a continuación:

Qué gastos médicos espera incurrir en los próximos doce meses? _____

Si usa la misma farmacia regularmente, proporcione el nombre y la dirección: _____

HISTORIAL DE ALQUILER ANTERIOR DE AL MENOS 7 AÑOS:

Nombre y dirección de su arrendador **ACTUAL:**

Número de teléfono _____
Cuánto tiempo ha vivido allí? ____
Motivo de salida. _____

Nombre y dirección de su **ANTERIOR** arrendador:

Número de teléfono _____
Cuánto tiempo ha vivido allí? ____
Motivo de salida _____

Nombre y dirección de su **ANTERIOR** arrendador:

Número de teléfono _____

Cuánto tiempo ha vivido allí? _____

Motivo de salida _____

Nombre y dirección de su **ANTERIOR** arrendador:

Número de teléfono _____

Cuánto tiempo ha vivido allí? _____

Motivo de salida _____

Los solicitantes de admisión en los programas de vivienda asistidos por HUD aplicables deben proporcionar una lista completa de todos los estados en los que el solicitante y los miembros del hogar del solicitante han residido: _____

EMPLOYMENT HISTORY:

Name and Address of your Present Employment:

Telephone Number _____

Supervisor's Name _____

How long have you worked there? _____

Name & Address of Spouse's or Co-Head's Employer:

Telephone Number _____

Supervisor's Name _____

How long have they worked there? _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo/nosotros certifico que si soy seleccionado para recibir asistencia, la unidad que yo/nosotros ocupamos será mi/nuestra única residencia. Entiendo/entendemos que la información anterior se recopila para determinar mi/nuestra elegibilidad. Yo/nosotros autorizo/autorizamos al propietario/gerente/PHA a verificar toda la información provista en esta solicitud y a contactar a los propietarios anteriores o actuales u otras fuentes o información de verificación y crédito que se puede divulgar a las agencias federales, estatales o locales correspondientes. Certifico/certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Yo/nosotros entendemos que las declaraciones o información falsa son punibles bajo la ley federal.

Firma del jefe de hogar _____ Fecha _____

Firma del cónyuge / copresidenta _____ Fecha _____

Propietario/Gerente/Representante de la PHA _____ Fecha _____

Solicitud Declaraciones y Autorización (Acompañar a la solicitud de alquiler)

Información precisa. Usted declara que todas sus declaraciones en la solicitud adjunta y cualquier información complementaria son verdaderas y correctas. Si no responde completa y completamente cualquier pregunta o proporciona información falsa, podemos rechazar la solicitud, retener todas las tarifas de solicitud y liquidar daños por nuestro tiempo y gastos. Dar información falsa es un delito grave.

Autorización. Usted nos autoriza a verificar toda la información relacionada con esta solicitud a través de cualquier medio, incluidos, entre otros, Straight Arrow Screening y cualquier otra agencia de informes del consumidor, recursos de registros públicos y otros propietarios de viviendas de alquiler. Además, nos autoriza a proporcionar información a las agencias de informes del consumidor y otros propietarios de viviendas de alquiler con respecto a su cumplimiento de sus obligaciones de arrendamiento, incluida información tanto favorable como desfavorable sobre su cumplimiento de cualquier contrato de arrendamiento, reglas u obligaciones financieras.

Moravian House evaluará los antecedentes penales de los solicitantes, residentes y miembros del hogar, y rechazará a los solicitantes (o rescindirá los contratos de arrendamiento de los residentes) si Moravian House determina que la actividad delictiva actual o pasada de un solicitante, residente o miembro del hogar puede indicar un presente amenaza para la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico de otros residentes, el personal de administración de la propiedad o las personas que residen en las inmediaciones de la instalación.

En el caso de que algo contenido en este documento entre en conflicto con cualquier documento de aplicación adicional, este documento prevalecerá.

(Cada solicitante debe ser nombrado, firmar y fechar/hora esta "Declaración y Autorización")

_____ Nombre del solicitante	_____ Firma del solicitante	_____ Fecha y hora
_____ Nombre del solicitante	_____ Firma del solicitante	_____ Fecha y hora
_____ Nombre del solicitante	_____ Firma del solicitante	_____ Fecha y hora
_____ Nombre del solicitante	_____ Firma del solicitante	_____ Fecha y hora

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:	
Mailing Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
Name of Additional Contact Person or Organization:	
Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
E-Mail Address (if applicable):	
Relationship to Applicant:	
Reason for Contact: (Check all that apply) ☐ Emergency ☐ Unable to contact you ☐ Termination of rental assistance ☐ Eviction from unit ☐ Late payment of rent ☐ Assist with Recertification Process ☐ Change in lease terms ☐ Change in house rules ☐ Other: _____	
Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.	
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.	
Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.	

☐ Check this box if you choose not to provide the contact information.

--	--

Signature of Applicant

Date

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.