



Casas en Moravia

BETHLEHEM, PARA 18018
EDIFICIO #1- 737 MAIN STREET
TELÉFONO: 610-691-8409 FAX: 610-936-9379
EDIFICIO #2- 701 MAIN STREET
TELÉFONO: 610-861-0717 FAX: 610-866-6236
EDIFICIO #3- 133 WEST UNION BLVD
TELÉFONO: 610-691-3808 FAX: 610-936-9275
EDIFICIO #4- 70 WEST NORTH STREET
TELÉFONO: 610-625-3131 FAX: 610-625-3132
TTY: 800-654-5984 Teléfono: 800-654-5988
www.moravian-house.org



Correo electrónico: mgarganta@moraviandevlopment.org
alilly@moraviandevlopment.org
jspaar@moraviandevlopment.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 los requisitos para la Asistencia de Vivienda entre los solicitantes que solicitan un apartamento a nuestra oficina:

- 62 años de edad y/o incapacidad permanente por la Seguridad Social Edificios I y II
- 55 años de edad o más para el Edificio III
- Límites de ingresos calificados establecidos anualmente por HUD
 - Límite de ingresos para MHI y MHII a partir del 5-01-2026:
 - Individual: \$58,450
 - 2 Personas: \$66,800
 - Límite de ingresos para MHIII a partir del 6-01-2026:
 - Individual: \$43,860
 - 2 Personas: \$50,160
- Ciudadanía de los EE. UU. o requisitos establecidos por HUD.
- No tener antecedentes penales recientes o presentes. Moravian House puede negar la admisión a los solicitantes que estén o hayan estado involucrados en actividades delictivas que puedan indicar razonablemente una amenaza actual para la salud, la seguridad o el bienestar de otros. Todos los solicitantes y residentes serán evaluados utilizando la Política de Antecedentes Penales de la Autoridad de Vivienda.

Gerentes

Casas de Moravia I, II Y III

SOLICITUD DE ADMISIÓN Y AYUDA PARA EL ALQUILER

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

www.moravian-house.org

*Si envía su solicitud por correo, asegúrese de dirigirla 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 la casa _____ Cell Número de teléfono _____
e-mail _____

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

- **Enumere al Jefe de Familia y a todos los demás miembros que vivirán en la unidad. Indique la relación de cada miembro de la familia del Jefe de Hogar.**

Jefe de familia _____

Fecha de nacimiento _____ número de Seguro Social

Edad _____ Sexo: Masculino Femenino No desea responder Relación _____

Miembro del _____ del hogar

Fecha de nacimiento _____ número de Seguro Social

Edad _____ Sexo: Masculino Femenino No desea responder Relación _____

- ¿Tienes un coche? Sí No ¿Necesitaría estacionamiento "en el lugar"? Sí No
- Placa # _____
- Licencia o identificación con foto # _____

- ¿Tienes una mascota? Sí No ¿De qué tipo? _____

- Raza del Jefe de Familia: (marque uno, solo para fines estadísticos).

Blanco, Negro, Indio Americano/Nativo de Alaska, Asiático/Isleño del Pacífico

- Origen étnico del jefe de familia: (solo para fines estadísticos).
Hispanos No Hispanos

- ¿Vive alguien con usted ahora que no esté en la lista anterior? Sí No

- ¿Esperas un cambio en la composición de tu hogar? Sí No
Explique si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas

- ¿El jefe de familia o cónyuge es discapacitado? Sí No
(Solo para fines de elegibilidad del programa y de la unidad).
- Identifique cualquier necesidad especial de accesibilidad para su hogar:

- ¿Puede cumplir con los términos del contrato de arrendamiento con o sin ayuda? Sí No
- ¿Es usted un veterano militar de los EE. UU.? Sí No
- ¿Necesita una vivienda temporal para un desastre declarado por el Presidente?
 Sí No
- ¿Está viviendo ahora en una unidad de vivienda subsidiada? Sí No
- Nombre del complejo: _____
- Dirección de _____ Complejo
- Nombre del Gerente _____
- Número de teléfono del gerente _____
- ¿Por qué quieres mudarte? _____
- ¿Tienes o alguna vez has tenido chinches? Sí No
 - En caso afirmativo, ¿cómo se remedió la situación?

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

- ¿Alguna vez ha pagado cargos por pago atrasado del alquiler? Sí No
- ¿Alguna vez le han pedido que se mude debido a una violación del contrato de arrendamiento con un arrendador?
 Sí No
- ¿Usted o un miembro de su familia le debe dinero a un arrendador por daños o falta de pago del alquiler?
 Sí No
- ¿Usted o un miembro de su familia le debe dinero a una Autoridad de Vivienda Pública o a una Compañía de Administración?
 Sí No
- ¿Alguna vez le han pedido a usted o a un miembro de su familia que abandone una residencia?
 Sí No
- ¿Alguna vez te han desalojado? Sí No
En caso afirmativo, ¿por qué?

- ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito? Sí No
En caso afirmativo:
¿Cuáles fueron los cargos?

¿Cuál fue la(s) fecha(s)?

¿Cuál fue el resultado?

- ¿Alguna vez ha estado involucrado en alguna actividad de incendio o ha causado un incendio accidental?

Sí No

En caso afirmativo, describa el incidente o incidentes:

- ¿Está actualmente o ha estado alguna vez en tratamiento por una adicción a las drogas y/o al alcohol?

Sí No

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

-
- ¿Usted o un miembro de su familia ha usado un nombre diferente al que está usando ahora?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál fue?

- ¿Usted o algún miembro de su hogar está sujeto a un programa estatal de registro de delincuentes sexuales de por vida en cualquier estado? La falta de respuesta a esta pregunta puede poner en peligro la aprobación de esta solicitud.

Sí No

- ¿Tiene un administrador de casos de salud mental? En caso afirmativo:

Nombre: _____

Agencia: _____

Caca #: _____

¿A dónde acudes para recibir tratamiento de salud mental? _____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS Y ACTIVOS

Responda a cada una de las siguientes preguntas. Para cada "sí", proporcione detalles en los gráficos a continuación. ¿Algún miembro de su hogar:

Sí No 1. ¿Trabaja a tiempo completo, a tiempo parcial o por temporadas?

Sí No 2. ¿Espera trabajar durante algún período durante el próximo año?

Sí No 3. ¿Trabajar para alguien que les paga en efectivo?

Sí No 4. Espera una licencia del trabajo debido a un despido, razones médicas, de maternidad o ¿permiso militar?

Sí No 5. ¿Recibe o espera recibir beneficios por desempleo?

Sí No 6. ¿Ahora recibe o espera recibir manutención de los hijos?

Sí No 7. ¿Tiene derecho a una pensión alimenticia que no está recibiendo ahora?

Sí No 8. ¿Ahora recibe o espera recibir pensión alimenticia?

Sí No 9. ¿Tiene derecho a recibir una pensión alimenticia que no se está recibiendo actualmente?

Sí No 10. ¿Recibe o espera recibir asistencia pública (TANF)?

Sí No 11. ¿Recibe o espera recibir beneficios del Seguro Social o por discapacidad?

Sí No 12. ¿Recibe o espera recibir ingresos de una pensión o anualidad?

Sí No 13. Ahora recibe o espera recibir contribuciones regulares de organizaciones o de personas que no viven en la unidad?

Sí No 14. Recibir ingresos de activos, incluidos intereses sobre cheques o ahorros, cuentas, intereses y dividendos de certificados de depósito, acciones o bonos
¿O ingresos por alquiler de inmuebles?

Sí No 15. Poseer bienes inmuebles o cualquier activo por el que no reciba ingresos (cuenta corriente, efectivo)?

Sí No 16. ¿Ha vendido o regalado bienes inmuebles u otros activos (incluyendo efectivo) en los últimos dos años?

Sí No 17. ¿Tiene un representante de beneficiario? En caso afirmativo:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de letra: _____

Sí No 18. ¿Eres estudiante a tiempo completo o parcial?

INGRESOS BRUTOS:

NOMBRE DEL MIEMBRO FUENTE DE INGRESOS/TIPO DE INGRESOS	INGRESOS BRUTOS ANUALES

ACTIVO:

- Haga una lista de 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 los activos enajenados por menos de su valor justo de mercado durante los últimos dos años:

- Enumere las herencias, las ganancias de la lotería o los pagos de una suma global:

- Enumere las pólizas de seguro de vida:

- ¿Usted o un miembro de su familia recibe ingresos de algún tipo de activo como: ingresos por alquiler de propiedades o dividendos de una inversión? Sí No
- ¿Usted o un miembro de su familia tiene algún activo en un país extranjero? Sí No

EXPENSAS:

Sí No ¿Tiene gastos para el cuidado de niños o de un niño de 12 años o menos? En caso afirmativo, Proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de atención médica:

¿Cuál es el costo semanal para usted del cuidado de los niños?

Sí No ¿Le paga a un cuidador o por cualquier equipo para cualquier hogar discapacitado? miembro(s) necesario(s) para permitir que esa persona u otra persona en el hogar

¿A trabajar?

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

Solo para familias de ancianos y discapacitados:

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 lo siguiente 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? En caso afirmativo, enumérelas a continuación:

¿En 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 **PRESENTE** Propietario:

Número de teléfono _____
¿Cuánto tiempo llevas viviendo allí? _____
Motivo de la salida. _____

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

Número de teléfono _____
¿Cuánto tiempo llevas viviendo allí? _____
¿Razón para irse? _____

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

Número de teléfono _____
¿Cuánto tiempo llevas viviendo allí? _____
¿Razón para irse? _____

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

Número de teléfono _____
¿Cuánto tiempo llevas viviendo allí? _____
¿Razón para irse? _____

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

HISTORIAL DE EMPLEO:

Nombre y dirección de su empleo actual:

Número de teléfono _____
Nombre del supervisor _____
¿Cuánto tiempo llevas trabajando allí? _____

Nombre y dirección del empleador del cónyuge o codirector:

Número de teléfono _____
Nombre del supervisor _____
¿Cuánto tiempo llevan trabajando allí? _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico/certificamos que si soy seleccionado para recibir asistencia, la unidad que ocupo será mi/nuestra única residencia. Entiendo que la información anterior se recopila para determinar mi/nuestra elegibilidad. Autorizo/autorizamos al propietario/gerente/PHA a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a ponerse en contacto con los propietarios anteriores o actuales u otras fuentes de información crediticia y de verificación que pueda divulgarse 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. Entiendo/entendemos que las declaraciones o información falsa son punibles bajo la ley federal.

Firma del Jefe de Familia _____ Fecha _____

Firma del cónyuge/codirector _____ Fecha _____

Propietario/Gerente/Representante de PHA _____ Fecha _____

Declaraciones y autorizaciones de solicitud
(Para acompañar 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 a cualquier pregunta o proporciona información falsa, podemos rechazar la solicitud, retener todas las tarifas de solicitud y los daños liquidados 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 favorable y desfavorable sobre su cumplimiento de cualquier contrato de arrendamiento, reglas u obligaciones financieras.

Moravian House examinará a los solicitantes, residentes y miembros del hogar en busca de antecedentes penales, y rechazará a los solicitantes (o rescindiré 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 una amenaza actual para la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico por parte de otros residentes. personal de administración de propiedades o 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 solicitud adicional, este documento prevalecerá.

(Cada solicitante debe ser nombrado, firmado y fechado/hora de esta "Declaración y Autorización")

Nombre del solicitante	Firma del solicitante	Fecha/hora
Nombre del solicitante	Firma del solicitante	Fecha/hora
Nombre del solicitante	Firma del solicitante	Fecha/hora
Nombre del solicitante	Firma del solicitante	Fecha/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) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Unable to contact you <input type="checkbox"/> Termination of rental assistance <input type="checkbox"/> Eviction from unit <input type="checkbox"/> Late payment of rent </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process <input type="checkbox"/> Change in lease terms <input type="checkbox"/> Change in house rules <input type="checkbox"/> Other: _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Unable to contact you <input type="checkbox"/> Termination of rental assistance <input type="checkbox"/> Eviction from unit <input type="checkbox"/> Late payment of rent	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process <input type="checkbox"/> Change in lease terms <input type="checkbox"/> Change in house rules <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Unable to contact you <input type="checkbox"/> Termination of rental assistance <input type="checkbox"/> Eviction from unit <input type="checkbox"/> Late payment of rent	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process <input type="checkbox"/> Change in lease terms <input type="checkbox"/> Change in house rules <input type="checkbox"/> 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.