

Main South Community Development Corporation

875 Main Street
Worcester, Massachusetts 01610
(508) 752-6181 / FAX (508) 797-4514

J. Stephen Teasdale, Executive Director
Mark Waters, President

Información de Solicitud Inicial

**Antes de completar la solicitud, por favor lea atentamente*

*Gracias por su interés en aplicar para un apartamento con Main South Community Development Corporation. Por favor tenga en cuenta que esta solicitud es solamente usada para determinar su elegibilidad preliminar para este programa. **También debe tener pendiente que si la información de su aplicación cambia ya sea su ingreso, el tamaño de su familia y el número de teléfono debe notificar a la oficina lo más antes posible.** Esta solicitud no garantiza aprobación del proceso de alquiler. Si usted tiene alguna pregunta, por favor contacte la Asistente Administrativa, Robyn Johnston al (508) 752 - 6181.*

*Tenga en cuenta que Main South Community Development Corporation es una corporación de renta privada. Aunque los apartamentos que posee el Main South CDC no son subsidiados, si **aceptamos Sección 8.***

ESTA APLICACIÓN SERÁ VÁLIDA SOLO POR 90 DÍAS, DESPUÉS DE ESTE PERIODO DEBE LLENAR OTRA APLICACIÓN

La siguiente es una lista de nuestras rentas promedio. Por favor sepa que estos promedios están sujetos a cambios.

Estudio: empezando desde \$580 Tres Dormitorios: desde \$950
Un Dormitorio: desde \$690 Cuarto Dormitorios: desde \$1,200
Dos Dormitorios: desde \$880 **No tenemos apartamentos con cinco dormitorios**
*****NO Se Permiten Mascotas en Nuestras Propiedades*****

Por favor, avísenos si necesita un intérprete de lenguaje de señas u otras ayudas para la comunicación durante el proceso de solicitud.

El Main South Community Development Corporation no discrimina a ninguna persona por su raza, color, religión, orientación sexual, incapacidad, posición familiar, nacionalidad, estado marital o identidad de género.

Copia del Solicitante



Main South Community Development Corporation

Solicitud Inicial

Información de Solicitante

(Por favor imprime su información abajo)

Sufijo: Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sta. <input type="checkbox"/>		Nombre:			
Estado matrimonial: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:		Teléfono:	
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Dirección de Correo (Si es diferente de su residencia actual):					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
¿Es un estudiante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>(Si es estudiante, indica su estado y el nombre del escuela)</small>		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		¿Es usted un inquilino anterior? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Como se entero de los servicios de Main South CDC? <small>(Si fue de referencia, indique quien le dijo o si fue de otra manera indíquelo)</small>		<input type="checkbox"/> Entrando <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Otra _____			
¿Es usted un veterano? O servir actualmente en el ejército? <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO					
Por favor indique el tipo de apartamento que esta solicitando:	<input type="checkbox"/> STUDIO	<input type="checkbox"/> UN DORMITORIO	<input type="checkbox"/> DOS DORMITORIOS	<input type="checkbox"/> TRES DORMITORIOS	<input type="checkbox"/> CUATRO DORMITORIOS
¿Necesita un apartamento para incapacitados? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿Tienes un voucher de Sección 8 o de otra forma de ayuda con su renta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>(Si tiene Sección 8 o otra forma de ayuda con su renta, indíquelo abajo)</small>					
<input type="checkbox"/> WHA <input type="checkbox"/> RCAP <input type="checkbox"/> Otra: _____					

Información de Empleo

Trabajo actual:		Nombre de su Supervisor/a:			
Dirección de su trabajo:		Código postal:			
Ciudad:		Estado:		Posición:	
Teléfono:		Fax:		Horas semanal:	
Tiempo trabajando:		Salario por hora:		Horas quincenal:	
¿Podemos contactarlo/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		\$		horas extras:	
Otro empleo:		Nombre de su Supervisor/a:			
Dirección:		Código postal:			
Ciudad:		Estado:		Posición:	
Teléfono:		Fax:		Horas semanal:	
Tiempo trabajando:		Salario por hora:		Horas quincenal:	
¿Podemos contactarlo/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		\$		horas extras:	

Fuente de ingreso/Otro(s) tipo(s) de ingreso

(Por favor indique otro(s) tipo(s) de ingreso que recibes.)

<input type="checkbox"/> Desempleo	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Beneficios de SSI	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> TAFDC/Beneficios Sociales (Welfare)	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Manutención para niños (Child Support)	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Compensación Económica (Alimony)	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Beneficios para los Veteranos	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Otro tipo de ingreso: _____	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

Información de Co-Solicitante, si es aplicable

(Si no es aplicable, por favor sigue a Composición de Miembros de su Hogar)

Sufijo: Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sta. <input type="checkbox"/>	Nombre:		
Estado matrimonial: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:	Teléfono:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de Correo (Si es diferente de su residencia actual):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

Información sobre Empleo de Co-Solicitante

Trabajo actual:	las horas extras:	
Dirección de trabajo:	Nombre de su Supervisor/a:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fax:	Posición:
Tiempo trabajando:	Salario por Hora: \$	Horas semanal:
¿Podemos contactarlo/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Horas quincenal:
Otro Empleo:	las horas extras :	
Dirección de trabajo:	Nombre de su Supervisor/a:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fax:	Posición:
Tiempo trabajando:	Salario por Hora: \$	Horas semanal:
¿Podemos contactarlo/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Horas quincenal:

Fuente de ingreso/Otro(s) tipo(s) de ingreso de Co-Solicitante

(Por favor indique otro(s) tipo(s) de ingreso que recibes.)

<input type="checkbox"/> Desempleo	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Beneficios de SSI	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> TAFDC/Beneficios Sociales (Welfare)	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Manutención para niños (Child Support)	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Compensación Económica (Alimony)	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Beneficios para los Veteranos	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Otro tipo de ingreso: _____	Cantidad que recibes: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

Composición de Miembros de su Hogar

(Incluyendo usted, anota todos los nombres, relación, fecha de nacimientos, y números seguro sociales de todas las personas quienes van a mudar contigo.)

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACION</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>SSN</u>
	Cabeza de hogar		

Historia de Residencia

(Por favor apunta el información de su residencia actual y anterior. Toda la información es necesario.)

Residencia actual:

Por favor indique si es rentando o es dueño/a de su residencia:	<input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Soy Dueño/a	Pagamiento Mensual/Renta: \$	Numero de dormitorios:
Tiempo viviendo en esta dirección:	Desde: (mes/año)	Hasta: (mes/año)	¿Incluye utilidades? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si las utilidades son incluido, indique cuales son:		Razón por mudarse:	
Nombre del Dueño/a actual:	Dirección del Dueño/a:	Teléfono:	

Historia de Residencia (continuo)

Dirección de residencia anterior:

Por favor indique si
residencia fue rentado
o si era dueño/a:

Rentado

Era Dueño/a

Pagamiento Mensual/Renta:

\$

Numero de dormitorios:

Tiempo viviendo en esta dirección:

Desde: (mes/ año)

Hasta: (mes/año)

¿Incluía utilidades?

SI NO

Si las utilidades eran incluido, indique cuales eran:

Razón porque se mudo:

Nombre del Dueño/a anterior:

Dirección:

Teléfono:

USTED o
CO-
ASPIRANTE ha

¿Demandado/a por no pagar la renta?

SI NO

¿Desalojado/a?

SI NO

¿Demandado/a por danos a la propiedad?

SI NO

¿Ha roto el contrato de alquiler?

SI NO

¿Declarado en Bancarrota?

SI NO

¿Han alguna vez sido condenados por algún crimen grave o un delito en los últimos diez años?

SI NO

¿Tienen alguna acción criminal pendiente?

(Si apuntado que si tienes, indique el nombre y teléfono de su oficial de libertad condicional.)

SI NO

Si alguna de sus repuestas son **SI**, por favor apunta quien fue y explica lo en el espacio abajo.

Reconocimiento y Firma de Solicitante (Por favor lea completamente y con cuidado antes de firmar abajo.)

Por favor sea informado de que el Main South CDC no determina la renta de un solicitante de acuerdo a su ingreso mensual. Pero si aceptamos Sección 8 y otros por medios de ayuda con su renta conocidos como "Vouchers."

Es aconsejado por favor que esto es una solicitud de envoltura de preliminar y no da ningún alquiler ni arrendar los derechos. La información adicional puede ser solicitada para completar en una fecha posterior el procesamiento de esta solicitud si necesario. Su firma da abajo consentimiento a Principal CDC Gestión del sur para verificar la información contenida en esta aplicación. Esté por favor enterado que toda la información proporcionado es estrictamente confidencial, y asumido verdadera. Es una ofensa criminal de hacer una declaración falsa de tergiversación en este solicitud de alquiler.

He leído los Términos antes mencionados de Acuerdo y soy consciente de las políticas indicadas. Proporcionando mi firma abajo, yo autorizo la comprobación de la información proporcionado en esta forma.

Firma de Solicitante:

Fecha de solicitud:

Office Use Only

Approved Denied
 On Hold/Waiting List

Date Approved: _____ Shown Apt? YES NO
Date Apt. Shown: _____ Deposit Given? YES NO
Deposit Amount: \$ _____ Date Rec'd: _____
Apt. Rented: _____ Move-In Date: _____

Date Denied: _____
Denial Letter Mailed? YES NO
Denial Letter Mailed: _____
Discard By: _____

Notes/Comments: