# Modelo de Formulário 3

# Modelo de Formulário de Solicitação

**O AGENTE FORNECERÁ AJUDA NA ANÁLISE DESSE DOCUMENTO. SE NECESSÁRIO, PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS PODEM SOLICITAR ESSA SOLICITAÇÃO ESCRITA COM FONTE GRANDE OU EM OUTROS FORMATOS ALTERNATIVOS.**

**NOME DO LOCAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SOLICITAÇÃO PRELIMINAR DE ALUGUEL**

**Oportunidade de Habitação Igualitária**

**ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Favor imprimir e preencher TODAS as informações.

**CIDADE, ESTADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TDD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO DE ADMISSÃO**

Nota: Favor preencher todas as seções completamente. A desobediência a essa ordem resultará em atrasos no processo ou na rejeição de sua solicitação. Caso precise de ajuda para preencher essa solicitação, favor entrar em contato com o Escritório de Aluguéis.

**Solicitante:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel Residencial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Atual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rua cidade estado CEP

Endereço de Correspondência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(se diferente) rua cidade estado CEP

Raça? (Seção Opcional: As informações serão usadas apenas para programas de habitação justa, conforme exigido por Leis Estaduais e Federais.)

[ ]Indígena Americano/Nativo do Alaska [ ]Asiático ou das Ilhas do Pacífico

[ ]Negro(não de origem hispânica) [ ]Hispânico

[ ]Branco(não de origem hispânica)

Nota: A pedido ao agente, você tem o direito a receber um Sumário do Plano de Seleção dos Inquilinos (com a Inserção da Descrição do Programa) que resume o processo de solicitação do inquilino, incluindo requisitos de elegibilidade e seleção, para ocupar o Conjunto.

**TAMANHO DO APARTAMENTO NECESSÁRIO:** **TIPO DE UNIDADE SOLICITADA:**

0BR 1BR 2BR 3BR 4BR 5BR 6BR

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]Aluguel do Mercado Cadeira de Rodas

[ ]Aluguel Básico Unidade Adaptada

[ ]Aluguel Baixo [ ]Sim [ ]Não

Unidade Adaptada

Visual/Auditiva

[ ]Sim [ ]Não

Algum membro da residência tem quaisquer pedidos razoáveis de acomodação ou de acessibilidade ou alterações em uma unidade ou conjunto ou maneiras alternativas pelas quais devemos nos comunicar com você?

[ ] Sim [ ] Não Se sim, por favor explique. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Custo mensal de habitação por mês $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Incluindo água e luz? [ ]Sim [ ]Não

Há quanto tempo você vive no endereço atual? \_\_\_\_\_\_\_ anos.

Quais são seus motivos para se mudar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como ficou sabendo desse conjunto habitacional? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Liste todos os que ocuparão o apartamento. INCLUA-SE.

**NOME COMPLETO DE** **RELAÇÃO** **INSS** **ESTUDANTE EM**

**CADA PESSOA** **COM O CHEFE IDADE SEXO** **TEMPO INTEGRAL**

**NA CASA** **DA CASA**  **(circular um)**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chefe da Casa \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sim ou Não

Data de nascimento (apenas para o chefe da casa) :\_\_\_\_\_\_\_\_

2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sim ou Não

3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sim ou Não

4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sim ou Não

5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sim ou Não

6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sim ou Não

7\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sim ou Não

**REFERÊNCIAS**

Forneça o nome e o endereço completos dos Senhorios ou Oficiais em outros locais em que tenha morado pelos últimos cinco anos ou últimas duas residências, o que for mais inclusivo (inclua abrigos).

Nome do Senhorio/Oficial Atual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Senhorio/Oficial Anterior \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você ou qualquer membro de sua família está atualmente recebendo assistência habitacional federal (HUD) ou estadual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se sim, liste os membros da família e o tipo de assistência sendo recebido.

Membro da Família Tipo de Assistência Habitacional Localização

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA:** Se você não puder fornecer um senhorio ou outras referências de habitação, por favor forneça referências de caráter. Elas devem ter conhecido você por um (1) ano ou mais e não podem ser parentes seus.

Nome da Referência de Caráter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Referência de Caráter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RENDA DE EMPREGO POR MEMBRO DA RESIDÊNCIA**

Por favor, indique a renda recebida e os ativos pertencentes a cada membro de sua família. Liste cada membro pelo número correspondente na primeira página.

**Membro #\_\_\_\_\_**

Nome do Empregador Atual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anos no Emprego \_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salário Atual $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]semanalmente [ ]quinzenalmente [ ]mensalmente

**Membro #\_\_\_\_\_**

Nome do Empregador Atual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anos no Emprego \_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salário Atual $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]semanalmente [ ]quinzenalmente [ ]mensalmente

**Membro #\_\_\_\_\_**

Nome do Empregador Atual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anos no Emprego \_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salário Atual $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]semanalmente [ ]quinzenalmente [ ]mensalmente

**OUTRAS FONTES DE RENDA POR MEMBRO DA RESIDÊNCIA**

Liste todas as outras fontes de renda como Auxílios, Previdência, RSS, Pensões, Auxílio por Invalidez, Seguro-Desemprego, Juros, Pensão Alimentícia, Anuidades, Dividendos, Renda de Propriedades Alugadas, Proventos Militares, Bolsas e/ou concessões.

Membro da Família Tipo de Renda Rendimentos Brutos (Sem Impostos)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_por\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_por\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_por\_\_\_\_\_\_\_\_

(semana, mês, ano)

**RENDA DE ATIVOS**

Ativos incluem Contas Correntes, Poupanças, Certificados de Prazo, Mercados Financeiros, Ações, Imóveis e Valor em Caixa de uma Apólice de Seguro de Vida.

Membro da Família Tipo de Ativo Rendimentos Brutos (Sem Impostos)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_por\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_por\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_por\_\_\_\_\_\_\_\_

(semana, mês, ano)

**FAVOR RESPONDER A ESSAS PERGUNTAS CASO DESEJE SER CONSIDERADO PARA CONSIDERAÇÕES DE PRIORIDADES OU DEDUÇÕES ESPECIAIS:**

1. Você foi desabrigado? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, favor explicar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Seu apartamento atual contém violações do código de saúde? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, favor descrever:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Seu apartamento atual é pequeno demais para sua família? Sim\_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

4. Sua habitação atual causa quaisquer problemas de acessibilidade ou outros para qualquer membro da família com uma deficiência? Sim\_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, favor descrever: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Você ou qualquer membro de sua família sofreram violência física ou ameaças de violência física por parte de um cônjuge ou outro membro da família? Se sim, favor fornecer detalhes. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informações Adicionais Necessárias**

Você ou qualquer membro de sua família tem obrigação legal a se incluir no registro de criminosos sexuais pelas leis do Massachusetts ou de qualquer outro estado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se sim, liste o nome das pessoas e os requisitos de registro (ou seja, o local onde o registro precisa ser feito, a duração do tempo durante o qual o registro é necessário). ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você ou qualquer membro de sua família dessa casa já residiu fora de Massachusetts? \_\_\_\_\_\_\_. Se sim, por favor liste todos os estados de residência para cada membro da família dessa casa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**NOTA: A falha em responder completamente a essas perguntas pode resultar na rejeição ou negação dessa solicitação.**

Eu(nós) certifico(amos) aqui que todas as informações fornecidas nessa inscrição são verdadeiras e completas até onde sei(sabemos), creio(emos) e entendo(emos). **Consultas podem ser feitas para verificar as declarações aqui presentes.** Todas as informações são consideradas confidenciais e um **relatório de crédito de consumidor e um relatório da Informação de Registro de Criminosos (CORI) ou outra verificação de antecedentes criminais também podem ser solicitados**. Certifico(amos) que entendo(emos) que declarações ou informações falsas são passíveis de punição pela Lei Estadual ou Federal.

Certifico(amos) aqui o recebimento de um formulário de notificação do agente de gestão descrevendo o direito a acomodações razoáveis para pessoas com deficiências.

***Assinado sob pena de perjúrio.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Chefe da Casa/Solicitante Data Co-Solicitante Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [insira o nome do Agente de Gestão], agindo como agente de gestão para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [insira o nome do Conjunto] (o “Conjunto”) não discrimina com base em raça, cor, religião, sexo, origem, orientação sexual, idade, situação familiar ou deficiência física ou mental na seleção do acesso ou admissão ao Conjunto, seu emprego ou seus programas, atividades, funções ou serviços.

***NOTA: Ao preencher essa solicitação, o Solicitante tem o direito a incluir, como parte da solicitação, o nome, endereço, número de telefone e outras informações relevantes de um parente, amigo ou representação ou outra organização social, de auxílio ou de saúde como contato para fornecer auxílio ao Solicitante relativamente a essa solicitação.***

***Solicitações de Habitação Federalmente Auxiliada devem incluir o Formulário HUD-920006 (Informações de Contato Suplementares e Opcionais para Candidatos em Habitação Assistida pelo HUD) preenchido.***

*Solicitações de Habitação não-Federalmente Assistida podem utilizar o Formulário HUD-920006 ou fornecer informações de contato suplementares ou adicionais abaixo:*

Nome do Contato Adicional:

Pessoa ou Organização: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço de E-Mail (se aplicável): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relação com o Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo para o Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***NOTA: o formulário de solicitação deve incluir uma logomarca de Oportunidades Iguais e uma logomarca de Acesso a Deficientes (onde for apropriado).***