



**295 Main St Suite 100
Salinas, Ca 93901
PH 831-757-6254
FAX 831-757-8025 TDD Line 831-758-9481**

La aplicación de lista de espera adjunta es **solo para 4 recámaras** para las siguientes propiedades:

Soledad – Market Street Townhomes

Greenfield – Tyler Park Townhomes, Villa Santa Clara

King City – Villa San Miguel

Los nombres de las propiedades debe ser mercado en la aplicación, si no la aplicación se considerará incompleta. Si la aplicación está incompleta o el hogar NO cumple con las reglas de ocupación (en rojo) se devolverá la aplicación.



Tenga en cuenta que para calificar para un 4 recámaras se requiere una ocupación mínima de 6 personas que vivirá en el hogar.





295 Main St Suite 100
Salinas, Ca 93901

831-757-6254 TDD Línea 831-758-9481 Fax 831-757-8025

SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA
(Solamente 4 Recámaras)

PARA USO DE LA OFICINA

Date _____

Time _____

PARTE I. INFORMACION PARA EL SOLICITANTE

CHISPA Housing Management Inc. (CHMI) no discrimina en base de desventaja/de inhabilidad en su programas y actividades. La gerencia de CHISPA HOUSING no discrimina en base de la raza, de la religión, del sexo, de la edad, del origen nacional o del estado de familia.

CHEQUO DEL CRÉDITO Y ANTECEDENTES: CHISPA Housing Management, Inc. obtendrá informes confidenciales sobre su historia de crédito y la historial de antecedentes criminales. Su solicitud se puede negar como resultado de estos informes.

Al Solicitante: Complete por favor esta forma totalmente. Todos los miembros adultos deben de firmar la solicitud. Ninguna solicitud incompleta será procesada. Esta es una solicitud preliminar y no da ningún derecho del arriendo o del alquiler. Si hay una unidad desocupada en este complejo de apartamentos para el cual usted sea elegible, le requerirán llenar una solicitud inicial y someter la información adicional necesaria para ser considerado para la unidad.

AVISO: Se requiere que notifique a CHISPA Housing (por escrito) de cualquier cambio de información. Si no nos podemos contactar con usted, su nombre se quitara de la lista de espera.

¿Qué apartamentos está solicitando? Marque la caja y las recamaras que desea que se considere: 4* Recamaras

<input type="checkbox"/> Market Street Townhomes 110 Market St. Soledad, CA 93960	<input type="checkbox"/> Villa Santa Clara 225 Third St. Greenfield, CA 93927	<input type="checkbox"/> Tyler Park Townhomes 1120 Heidi Dr. Greenfield, CA 93927	<input type="checkbox"/> Villa San Miguel 1201 Amherst Dr. King City, CA 93930
---	---	---	--

*** Requisitos de Ocupación: 6 Personas Mínimo**

¿Esta usted o algún miembro de su casa relacionado con un empleado de CHISPA/CHMI? (Círculo uno) Sí No

¿Esta usted o algún miembro de su casa relacionado a un residente de CHISPA Housing?) Sí No

¿Miembros de su casa tienen debilitación de la movilidad y quisieran ser considerados para una unidad diseñada para uso de una persona con la debilitación de la movilidad? Sí No

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito (delito mayor / menor), o se ha declarado culpable / no se ha disputado un delito? Yes No Si fue condenado, indicar cuándo, dónde y la naturaleza de tal convicción:

¿Como supo de nosotros? Periódico Radio Familiares Internet Otro: _____

NOMBRE DE LA CABEZA DE FAMILIA: _____
Nombre Medio Nombre Apellido

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono de la casa: _____ del trabajo: _____ de mensaje: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Nombre del destinatario del Correo Electrónico: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número: _____

PARTE II. COMPOSICIÓN DE CASA: Liste a todas las personas que estarán y estén viviendo actualmente en el hogar.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación a la cabeza de Familia	¿Estudiante de tiempo completo?
1		Cabeza de Familia	Sí No
2			Sí No
3			Sí No
4			Sí No
5			Sí No
6			Sí No

7			Si No
8			Si No
9			Si No



CUESTIONARIO VOLUNTARIO DE VIVIENDA JUSTA

La información siguiente ayudará a asegurar nuestra conformidad con regulaciones justas federales de vivienda; esta porción de la solicitud es **opcional**:

Categorías étnicas*	Seleccione uno
Hispano o Latino	
No-Hispano o Latino	
Categorías raciales	Seleccione todos que se apliquen
Indio o natural americano de Alaska	
Asiático	
Americano negro o africano	
Isleño hawaiano u otro pacífico nativo	
Blanco	
Otro	

Prefiero no declarar: _____

Todos los miembros adultos de la familia tienen que firmar esta solicitud preliminar.

Firma del residente adulto Fecha

Firma del residente adulto Fecha

Firma del residente adulto Fecha

Firma del residente adulto Fecha