

Newark Gardens I

Solicitud de alquiler

La lista de espera para las unidades de 1 dormitorio en Newark Gardens I estará disponible el 25 de febrero de 2026. Esta solicitud debe ser devuelta por correo a 35300 Cedar Blvd, ATTN: Manager, Newark, CA 94560. Las solicitudes deben ser recibidas antes de las 5:00 PM del 18 de marzo de 2026. Se realizará un sorteo de todas las solicitudes recibidas antes de la fecha límite. Solo una aplicación por hogar. Las solicitudes duplicadas no se ingresarán en la lotería.

Elegibilidad

Para presentar una solicitud, el jefe de familia debe cumplir con uno de los siguientes requisitos:

- ☐ Edad 62 o más **O**
- ☐ 18 años o más y tener alguna discapacidad. (vea la definición en la página 6)

Si no cumple con el requisito en este punto, DETÉNGASE aquí.  No Podemos aceptar su solicitud.

Solicitantes

Detalle abajo todas las personas que vivirán con usted, incluyendo ayudantes convivientes.

Nombre (en imprenta)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (si corresponde)	Hombre/ Mujer	Relación con el jefe de familia
1.			☐ Hombre ☐ Mujer	Jefe de familia
2.			☐ Hombre ☐ Mujer	
3.			☐ Hombre ☐ Mujer	

Información de contacto

Dirección actual:				
Unidad #	Ciudad	Estado	Zip	
Dirección postal: (si es diferente)				
Unidad #	Ciudad	Estado	Zip	
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Correo electrónico:		

Persona del contacto alternativa

Los ejemplos pueden incluir trabajador social, pariente, amigo, etc.

Nombre:	Relación:	Agencia/otra:
Dirección:		
Unidad #	Ciudad	Estado Zip
Teléfono :	Correo electrónico:	Fax:

Información de ingresos del hogar

Proporcione información para cada miembro de la familia. Adjunte hoja separada si tiene fuentes adicionales.

Fuentes de ingresos

1	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de le empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
2	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de le empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
3	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de le empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
4	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de le empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
5	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de le empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
6	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de le empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$

Información sobre subsidio

¿Tiene un bono actual de la Sección 8 transferible u otro subsidio similar?

En caso afirmativo, ¿qué agencia proporciona subsidio de alquiler?

☐ Sí

☐ No

Información sobre activos del hogar

Proporcione información para cada miembro de la familia. Adjunte hoja separada si tiene fuentes adicionales.

Activos			
1	Nombre del solicitante:		
	Tipo de cuenta:	Banco:	Nº de cuenta:
	Si se trata de una cuenta conjunta, enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo actual: \$
2	Nombre del solicitante:		
	Tipo de cuenta:	Banco:	Nº de cuenta:
	Si se trata de una cuenta conjunta, enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo actual: \$
3	Nombre del solicitante:		
	Tipo de cuenta:	Banco:	Nº de cuenta:
	Si se trata de una cuenta conjunta, enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo actual: \$
4	Nombre del solicitante:		
	Tipo de cuenta:	Banco:	Nº de cuenta:
	Si se trata de una cuenta conjunta, enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo actual: \$
5	Nombre del solicitante:		
	Tipo de cuenta:	Banco:	Nº de cuenta:
	Si se trata de una cuenta conjunta, enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo actual: \$
6	Nombre del solicitante:		
	Tipo de cuenta:	Banco:	Nº de cuenta:
	Si se trata de una cuenta conjunta, enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo actual: \$

Historial residencial

Comenzando con su residencia actual, incluya la siguiente información
de los últimos **dos años** para **todos los miembros del hogar**.

La falta de historial residencial no necesariamente lo descalifica (*puede requerirse verificación*).

Historial residencial

Adjunte una hoja por separado si ha tenido residencias adicionales.

Actual	Nombre del solicitante:			
	Dirección actual:			
	Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:	Renta mensual: \$	☐ Renta ☐ En programa/refugio ☐ Propio ☐ Con familia/amigos
	Nombre del propietario actual:		Dirección del propietario actual:	
	Teléfono del propietario actual:		Fax del propietario actual:	
Anterior	Nombre del solicitante:			
	Dirección anterior:			
	Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:	Renta mensual: \$	☐ Renta ☐ En programa/refugio ☐ Propio ☐ Con familia/amigos
	Nombre del propietario anterior:		Dirección del propietario anterior:	
	Teléfono del propietario anterior:		Fax del propietario anterior:	
Anterior	Nombre del solicitante:			
	Dirección anterior:			
	Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:	Renta mensual: \$	☐ Renta ☐ En programa/refugio ☐ Propio ☐ Con familia/amigos
	Nombre del propietario anterior:		Dirección del propietario anterior:	
	Teléfono del propietario anterior:		Fax del propietario anterior:	
Si no tiene dos años de historial residencial, explique la causa a continuación.				

Información familiar

1. ¿Espera cambios en el tamaño de su grupo familiar dentro de los próximos 12 meses? En caso afirmativo, explicar:	☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguien en su grupo familiar está separado pero no divorciado? En caso afirmativo, listar los nombres:	☐ Sí ☐ No
3. ¿Algún adulto de la casa es estudiante de tiempo completo o planea convertirse en estudiante de tiempo completo dentro de los próximos doce meses? En caso afirmativo, listar los nombres: _____ _____ _____ ☐ Part-time ☐ Part-time ☐ Part-time ☐ Full-time ☐ Full-time ☐ Full-time	☐ Sí ☐ No
4. ¿Tiene usted o alguien más en su casa alguna mascota? En caso afirmativo, describir de qué tipo y cuántas:	☐ Sí ☐ No
5. ¿Está usted o algún miembro de su hogar obligado a registrarse como delincuente sexual vitalicio en algún estado? En caso afirmativo, indique el estado de registro:	☐ Sí ☐ No
6. ¿Está siendo desplazado de su hogar como resultado de una acción del gobierno o un desastre declarado por el presidente? En caso afirmativo, explicar:	☐ Sí ☐ No
7. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha vivido en otro estado que no sea su estado actual? En caso afirmativo, indique los estados:	☐ Sí ☐ No

8. ¿Tiene un impedimento físico, mental o emocional que se espera que sea de duración prolongada e indefinida, que impida sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente y sea de tal naturaleza que dicha condición pueda mejorarse con condiciones de vivienda más adecuadas?	☐ Sí ☐ No
9. ¿Es usted una persona con una discapacidad del desarrollo, como se define en la Sección 102(7) de la Ley de Asistencia para Discapacidades de Desarrollo y Declaración de Derechos (42 Código de los Estados Unidos 6001(8)), es decir, una persona con una discapacidad crónica grave que: a. Es atribuible a un impedimento físico o mental o una combinación de impedimentos físicos y mentales; b. Se manifiesta antes de que la persona cumpla los 22 años; c. Es probable que continúe indefinidamente; d. Da lugar a una limitación funcional sustancial en tres o más de las siguientes áreas de las actividades principales de la vida: 1) Autocuidado, 2) Lenguaje receptivo y expresivo, 3) Aprendizaje, 4) Movilidad, 5) Autodirección, 6) Capacidad para vivir independientemente, y 7) Autosuficiencia económica, y e. Refleja la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de atención, tratamiento u otros servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos que son de por vida o de duración prolongada y que se planifican y coordinan individualmente.	☐ Sí ☐ No
10. ¿Es usted una persona con una enfermedad mental crónica, es decir, tiene un impedimento mental o emocional grave y persistente que limita seriamente su capacidad para vivir de forma independiente y cuyo impedimento podría mejorarse con unas condiciones de vivienda más adecuadas?	☐ Sí ☐ No
11. ¿Es usted una persona cuyo único impedimento es el alcoholismo o la adicción a las drogas?	☐ Sí ☐ No
12. ¿Cumple con la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de personas sin hogar, que se define como la falta de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, o que huye de la violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso, no tiene otra residencia y carece de los recursos y el apoyo para obtener vivienda permanente?	☐ Sí ☐ No

Información del Proveedor

En caso afirmativo a cualquier pregunta anterior de # 8-12, proporcione la siguiente información para un profesional de la salud que verifique esto:	
Nombre del Proveedor:	
Dirección:	
Teléfono:	Fax:

Información adicional

Adaptaciones razonables

1. ¿Usted o alguno de los miembros de su familia necesitarán un asistente conviviente para ayudarlo?

☐ Sí

En caso afirmativo, explicar:

☐ No

2. ¿Tiene usted, o algún miembro de su familia una condición que requiere: (marque todas las que correspondan)

☐

Unidad para discapacidad motriz

☐

Unidad para personas con discapacidad auditiva

☐

Unidad en planta baja

☐

Unidad para personas con discapacidad visual

☐

Ninguna de las anteriores

3. ¿Hay otras adaptaciones razonables que requiera para proporcionarle acceso equitativo a la vivienda?

☐ Sí

En caso afirmativo, explicar:

☐ No

Información suplementaria

1. ¿Cómo se enteró de esta propiedad?

2. ¿Posee un vehículo?

☐

Sí. ¿Cuántos? _____

☐

No

3. ¿Necesita usted traducción o interpretación oral?

☐

Sí. ¿Qué idioma? _____

☐

No

4. Si hay circunstancias que puedan afectar su calificación para la vivienda, utilice este espacio para proporcionar información adicional para su consideración.

Información opcional

Categorías étnicas

Marque **una** solamente:

- ☐ No de origen hispano, latino o español
- ☐ Origen hispano, latino / a o español (seleccione también la subcategoría)
 - ☐ Puertorriqueño
 - ☐ Mexicano, Mexicano Americano, Chicano / a
 - ☐ Cubano
 - ☐ Otro origen hispano, latino o español
- ☐ Se negó a informar

Categorías raciales

Marque **todas las que correspondan:**

- ☐ Blanco
- ☐ Negro/Afroamericano
- ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
- ☐ Asiático
 - ☐ Asiático de India
 - ☐ Chino
 - ☐ Filipino
 - ☐ Japonés
 - ☐ Coreano
 - ☐ Vietnamita
 - ☐ Otro asiático
- ☐ Hawaiano nativo u otro Isleño del Pacífico
 - ☐ Hawaiano nativo
 - ☐ Guamano o Chamorro
 - ☐ Samoano
 - ☐ Otro Isleño del Pacífico
- ☐ Otro (Especificar):
- ☐ Se negó a informar

Certificación

1. Entiendo/entendemos que es responsabilidad de cada solicitante proporcionar toda la información requerida para determinar la elegibilidad.
2. Entiendo/entendemos que si un solicitante no cumple con los requisitos de elegibilidad de los Criterios de selección de residentes, se enviará por correo al solicitante un aviso de denegación por escrito en el que se indicará el motivo de la denegación. Un solicitante tiene 14 días para pedir una apelación.
3. Entiendo/entendemos que la información anterior se está recopilando para determinar mi/nuestra elegibilidad para la residencia. Autorizo/autorizamos al propietario, sus agentes y empleados a realizar todas y cada una de las consultas para verificar esta información, ya sea directamente o mediante la información intercambiada ahora o más tarde con agencias de evaluación de inquilinos, agencias de informes de investigación de consumidores, agencias del orden público u otras agencias públicas, y para comunicarse con propietarios anteriores o actuales u otras fuentes para obtener información de verificación que las agencias federales, estatales, locales o privadas pueden divulgar a la administración. La información y los informes obtenidos pueden incluir mi historial de alquiler de vivienda y desalojo (retención ilegal), carácter, reputación general, características personales y modo de vida, a los efectos de determinar mi elegibilidad para vivienda de alquiler.
4. Autorizo/autorizamos al propietario, sus agentes y empleados a obtener información sobre mis/ nuestros antecedentes para ver si hay algún historial criminal, incluyendo condenas que puedan prohibirme/prohibirnos mudarnos a la propiedad, de acuerdo con los Criterios de selección de residentes.
5. Entiendo/entendemos que debo/debemos proporcionar notificación por escrito a la administración sobre cualquier cambio en la información contenida en este formulario.
6. Si mi/nuestra solicitud es aprobada y se produce el ingreso, certifico/certificamos que solo las personas listadas en esta solicitud ocuparán el apartamento, que no mantendré/mantendremos ningún otro lugar de residencia, y que no hay otras personas hacia las cuales tenga/tengamos o esperemos tener la responsabilidad de proporcionar vivienda.
7. Entiendo/entendemos que un solicitante con una discapacidad tiene el derecho de requerir adaptaciones razonables. Se evaluarán todos los pedidos y se tomará una decisión basada en la naturaleza razonable de la petición.
8. Certifico/certificamos que la información anterior es verdadera, completa, y correcta. Entiendo/entendemos que las declaraciones falsas u omisiones son motivo de descalificación, desalojo y/o enjuiciamiento en todo el alcance de la ley de California.
☐ Al marcar esta casilla, indico que quiero recibir una copia de cualquier informe investigativo del consumidor obtenido por SAHA.
SAHA obtiene informes de investigación del consumidor de la siguiente agencia: NTN, Dirección: PO Box 6245, Concord, CA 94524; Teléfono: 925-688-1000 / Sin cargo: 800-800-5602; Sitio web: www.ntnonline.com. Entiendo que se requiere que NTN, durante el horario comercial normal, con un aviso razonable y previa presentación de una identificación adecuada, me ponga a disposición los archivos y la información contenidos en cualquier informe que preparó en mi cuenta. Tengo derecho a inspeccionar visualmente los archivos en persona o por correo, o puedo obtener un resumen por teléfono. NTN también debe proporcionar personal capacitado para explicar cualquier información en mi archivo y, si elijo inspeccionar visualmente mi archivo, proporcionar una explicación por escrito de cualquier información codificada en el mismo. A petición mía y de conformidad con los procedimientos establecidos, NTN también debe permitir que me acompañe otra persona durante mi inspección.

Firmas

Asegúrese de que su solicitud esté completa y que todos los solicitantes adultos
hayan firmado y fechado a continuación.

Jefe de familia:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Solicitante 2:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Solicitante 3:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Divulgación del número del Seguro Social

Los solicitantes deben revelar y proporcionar verificación del NSS completo y exacto asignado a cada miembro del hogar. No revelar y proporcionar la documentación y verificación del NSS dará lugar a que el solicitante no sea admitido.

El reglamento en 24 CFR 5.216 ahora requiere que los solicitantes de asistencia y los inquilinos, con exclusión de los inquilinos de 62 años de edad o más a partir del 31 de enero de 2010, cuya determinación inicial de elegibilidad se inició antes del 31 de enero de 2010, y las personas que no sostienen la condición de inmigrantes elegibles, a revelar y proporcionar la verificación de la completa y exacta NSS asignado a ellos.

Los solicitantes que se encuentren actualmente en la lista de espera o que la soliciten no necesitan revelar ni proporcionar la verificación de un NSS para todos los miembros no exentos del hogar en el momento de la solicitud y para la colocación en la lista de espera. Sin embargo, los solicitantes deben revelar y proporcionar la verificación de un NSS para todos los miembros no exentos del hogar antes de que puedan ser alojados.

Si todos los miembros no exentos de la unidad familiar no han revelado o proporcionado la verificación de sus NSS en el momento en que una unidad esté disponible, se ofrecerá la unidad disponible al siguiente solicitante que reúna los requisitos. El solicitante que no haya revelado y/o proporcionado la verificación de los SSN de todos los miembros no exentos de la unidad familiar dispone de 90 días a partir de la fecha en que se le ofrece por primera vez una unidad disponible para revelar y/o verificar los NSS. Durante el período de 90 días, el solicitante puede, a su discreción, mantener su lugar en la lista de espera. Transcurridos 90 días, si el solicitante no puede revelar y/o verificar los NSS de todos los miembros no exentos de la unidad familiar, se determinará que el solicitante no reúne los requisitos y se eliminará de la Lista de espera.

En el caso de niños menores de seis años sin número de seguro social, la unidad familiar dispondrá de 90 días para aportar la documentación que acredite el número de seguro social del niño. Un período adicional de 90 días se concederá si la falta de proporcionar documentación de un NSS se debe a circunstancias que están fuera del control del inquilino.

Los solicitantes deben proporcionar documentación de NSS. Por documentación adecuada se entiende una tarjeta del seguro social expedida por la oficina de Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) u otra prueba aceptable del NSS, tal como se indica en el Manual 4350.3 REV-1 de HUD Requisitos de ocupación de los programas de viviendas multifamiliares subvencionadas.

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.