

Valley View Senior Homes

Solicitud de Alquiler

La lista de espera para unidades de 1 dormitorio en Valley View Senior Homes se abrirá el 22 de Julio de 2026. Esta aplicación debe devolverse en persona o por correo a 1 Natalie Lane, American Canyon, CA 94503. Las solicitudes en papel deben recibirse en la oficina del gerente antes del 5:00 PM el 5 de agosto de 2026. Se realizará una lotería para todas las solicitudes recibidas antes de la fecha límite.

Elegibilidad

Para postularse, la cabeza de la familia debe cumplir con lo siguiente:

- ☐ Tener 55 años o más

Para postularse, el/los miembro(s) adicional(es) del hogar debe(n) cumplir con lo siguiente:

- ☐ Tener 45 años o más, **O ser** Esposo, Cuidador, Hijo o Nieto con discapacidad

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

Solicitantes

Enumere a continuación a todas las personas que vivirán con usted, incluyendo las ayudantes domésticas.

Nombre (por favor, escriba en letra de molde)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (si aplicable)	Masculino/ Femenino	Parentesco con el jefe de familia
1.			☐ Masculino ☐ Femenino	Jefe de Familia
2.			☐ Masculino ☐ Femenino	
3.			☐ Masculino ☐ Femenino	

Información de Contacto

Dirección Actual:

Unidad # Ciudad Estado Código Postal

Dirección

Postal:

(si es diferente)

Unidad # Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono 1:

Número de Teléfono 2:

Correo Electrónico:

Persona Alterna a Contactar

Ejemplos podrían incluir una asistente social, familiar, amigo(a), etc.

Nombre:

Parentesco:

Agencia:

Dirección:

Unidad Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono:

Correo Electrónico:

Fax:

Información sobre los Ingresos Familiares

Provea información de cada uno de los miembros de la familia. Adjunte una hoja aparte si tiene fuentes adicionales.

Fuentes de Ingresos			
1	Nombre del Solicitante:	Tipos de Ingresos:	Fuente (compañía/nombre de la agencia):
	Dirección:		
	Número de Teléfono:	Fax:	Ingreso Bruto Mensual: \$
2	Nombre del Solicitante:	Tipos de Ingreso:	Fuente (compañía/ nombre de la agencia):
	Dirección:		
	Número de Teléfono:	Fax:	Ingreso Bruto Mensual: \$
3	Nombre del Solicitante:	Tipo de Ingresos:	Fuente (compañía/nombre de la agencia):
	Dirección:		
	Número de Teléfono:	Fax:	Ingreso Bruto Mensual: \$
4	Nombre del Solicitante:	Tipo de Ingresos:	Fuente (compañía/ nombre de la agencia):
	Dirección:		
	Número Telefónico:	Fax:	Ingreso Bruto Mensual: \$
5	Nombre del Solicitante:	Tipo de Ingresos:	Fuente (compañía/ nombre de agencia):
	Dirección:		
	Número Telefónico:	Fax:	Ingreso Bruto Mensual: \$
6	Nombre del Solicitante:	Tipo de Ingreso:	Fuente (compañía/ nombre de la agencia):
	Dirección:		
	Número Telefónico:	Fax:	Ingreso Bruto Mensual: \$

Información sobre el Subsidio	
¿Usted posee un vale de la Sección 8 actual, transferible u otro subsidio similar? ¿Si es así, a través de cuál agencia recibe el subsidio?	☐ Sí ☐ No

Información sobre los Recursos del Hogar

Proporcione la información de cada uno de los miembros de su familia. Adjunte una hoja aparte si posee fuentes adicionales.

Recursos			
1	Nombre del Solicitante:		
	Tipo de Cuenta:	Banco:	# de Cuenta:
	Si esa es una cuenta mancomunada, por favor enumere los otros titulares de la cuenta:		Saldo Actual: \$
2	Nombre del Solicitante:		
	Tipo de Cuenta:	Banco:	# de Cuenta:
	Si es una cuenta mancomunada, por favor enumere a los otros titulares de la cuenta:		Saldo Actual: \$
3	Nombre del Solicitante:		
	Tipo de Cuenta:	Banco:	# de Cuenta:
	Si es una cuenta mancomunada, por favor enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo Actual: \$
4	Nombre del Solicitante:		
	Tipo de Cuenta:	Banco:	# de Cuenta:
	Si es una cuenta mancomunada, por favor enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo Actual: \$
5	Nombre del Solicitante:		
	Tipo de Cuenta:	Banco:	# de Cuenta:
	Si es una cuenta mancomunada, por favor enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo Actual: \$
6	Nombre del Solicitante:		
	Tipo de Cuenta:	Banco:	# de Cuenta:
	Si es una cuenta mancomunada, por favor enumere otros titulares de la cuenta:		Saldo Actual: \$

Historia Residencial

Comience con su domicilio actual, por favor incluya las siguientes informaciones de los pasados **dos años** de **todos los miembros de su hogar**.

Ausencia de un historial de domicilio no necesariamente lo descalifica (la verificación podría ser necesaria.)

Historia de Residencia

Adjunte una hoja aparte si ha vivido en otros domicilios.

Actual	Nombre del Solicitante:			
	Dirección Actual:			
	Fecha de la Mudanza:	Fecha de Salida:	Alquiler Mensual: \$	☐ Alquiler ☐ En un programa/refugio ☐ Propio ☐ Con amigos/ familiares
	Nombre del Propietario Actual:		Dirección del Propietario Actual:	
	Número Telefónico Actual:		Fax del Propietario Actual:	
Anterior	Nombre del Solicitante:			
	Dirección Anterior:			
	Fecha de la Mudanza:	Fecha de Salida:	Alquiler Mensual: \$	☐ Alquiler ☐ En un programa/refugio ☐ Propio ☐ Con amigos/ familiares
	Nombre del Propietario Anterior:		Dirección del Propietario Anterior:	
	Número de Teléfono del Propietario Anterior:		Fax del Propietario Anterior:	
Anterior	Nombre del Solicitante:			
	Dirección Anterior:			
	Fecha de la Mudanza:	Fecha de Salida:	Alquiler Mensual: \$	☐ Alquiler ☐ En un programa/refugio ☐ Propio ☐ Con familiares
	Nombre del Propietario Anterior:		Dirección del Propietario Anterior:	
	Número Telefónico del Propietario Anterior:		Fax del Propietario Anterior:	
Si no posee un historial de domicilio de dos años, explique el porqué a continuación.				

Información del Hogar

1. ¿Usted espera que haya cambios en el número de los miembros de su hogar en el período de los próximos 12 meses? Si es así, por favor explique: 	☐ Sí ☐ No
2. ¿Algún integrante de su hogar está separado(a), pero no divorciado(a)? Si es así, por favor enumere los nombres: 	☐ Sí ☐ No
3. ¿Algunos de los adultos miembros del hogar son estudiantes a tiempo completo o piensan convertirse en estudiantes a tiempo completo en el período de los próximos doce meses? Si es así, Por favor enumere los nombres: _____ _____ _____ ☐ Tiempo Parcial ☐ Tiempo Parcial ☐ Tiempo Parcial ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo completo	☐ Sí ☐ No
4. ¿Usted o alguien más que de su familia tiene mascotas? Si es así, por favor describa qué tipo y cuántas: 	☐ Sí ☐ No
5. ¿Usted ha sido desplazado(a) de su casa como resultado de una medida gubernamental o por una declaración de desastre hecha por un presidente? Si es así, por favor explique: 	☐ Sí ☐ No
6. ¿Usted o cualquier miembro de su familia ha vivido en otro estado que no sea el estado que viven actualmente? Si es así, por favor enumere los estados: 	☐ Sí ☐ No

Información de Valley View

Nota: Si presenta una solicitud para un tamaño de unidad para el cual su hogar no califica, su solicitud será procesada para el tamaño de unidad apropiada.

7. ¿Vive en el Condado de Napa?	☐ Sí ☐ No
8. ¿Trabaja en el Condado de Napa?	☐ Sí ☐ No
9. ¿Vive o trabaja en la ciudad de American Canyon?	☐ Sí ☐ No
10. ¿Es usted un veterano de los EE. UU.? Se recomienda que todos los veteranos de EE. UU., independientemente de su estado, se postulen.	☐ Sí ☐ No

Información Adicional

Adaptaciones Razonables

1. ¿Usted o cualquier miembro de su familia necesitará un asistente conviviente?

- ☐ Sí Si es así, por favor explique:
☐ No

2. ¿Usted o cualquier otro miembro de su familia padece una enfermedad que necesita:

- ☐ Unidad por impedimento de movilidad ☐ Unidad por discapacidad auditiva
☐ Unidad en el primer piso ☐ Unidad por discapacidad visual

3. ¿Hay otras adaptaciones razonables que necesita para que se le provea igualdad de acceso a la vivienda?

Información Suplementaria

1. ¿Cómo supo de esta propiedad?

2. ¿Es usted dueño(a) de un vehículo?

- ☐ Sí. ¿Cuántos? _____
☐ No

3. ¿Usted necesita que se realice traducciones o interpretación oral?

- ☐ Sí. ¿Cuál idioma? _____
☐ No

4. Si existe cualquier circunstancia que podría impactar su calificación para la vivienda, por favor utilice este espacio para que proporcione esa información adicional y así tomarla en consideración.

Información Opcional

Categorías Étnicas

Por favor, marque *sólo una*:

☐ Hispano o Latino

☐ **No** Hispano o Latino

Categorías Raciales

Por favor, marque ***todas las que corresponden***:

☐ Blanca

☐ Negra/Afroamericana

☐ India Americana/Nativo de Alaska

☐ Asiática

☐ India-Asiática

☐ China

☐ Filipino

☐ Japonés

☐ Coreano

☐ Vietnamita

☐ Otros Asiáticos

☐ Nativo(a) de Hawaii u Otro Isleño del Pacífico

☐ Nativos de Hawaii

☐ Guameño o Chamorro

☐ Samoano

☐ Otros Isleños del Pacífico

☐ Otros (Por favor, especifique): _____

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 arrestos o 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.

Firma

Por favor, asegúrese que su solicitud esté llena y que todos los solicitantes adultos hayan firmado y puesto la fecha a continuación.

Cabeza de Familia:

Nombre:

Firma:

Fecha:

Solicitante 2:

Nombre:

Firma:

Fecha:

Solicitante 3:

Nombre:

Firma:

Fecha: