


Valor Village Solicitud de alquiler

La lista de espera para las unidades de 1 y 2 dormitorios en Valor Village se abre el 24 de junio de 2026. Esta solicitud debe ser devuelta por correo o presentar en persona durante el horario de oficina a 811 San Pablo, Pinole, CA 94564. Horario de oficina: Martes 9 AM-12 PM, 1 PM-4 PM. Las solicitudes devueltas por correo deben ser selladas antes de 30 de septiembre de 2026 y recibido en la oficina antes de las 5:00 PM el 7 de octubre de 2026. Todas las solicitudes recibidas se añadirán a la lista de espera por orden de llegada. Las solicitudes recibidas por correo o entregadas en la oficina serán selladas con la fecha de recepción. Sólo se podrá presentar una solicitud por hogar. Las solicitudes duplicadas no se aceptarán.

Elegibilidad

Los hogares deben tener al menos un miembro que sea veterano y mayor de 18 años.

Si no cumple con el requisito anterior, PARE 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.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Jefe de familia
2.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
3.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
4.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
5.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

Información de contacto

Dirección actual:				
	Unidad #	Ciudad	Estado	Zip
Dirección postal: <i>(si es diferente)</i>				
	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 la empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
2	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de la empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
3	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de la empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
4	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de la empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
5	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de la empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$
6	Nombre del solicitante:	Tipo de ingreso:	Fuente (nombre de la empresa/agencia):
	Dirección:		
	Teléfono:	Fax:	Ingreso bruto mensual: \$

Información sobre subsidio	
<p>¿Tiene un bono actual de la Sección 8 transferible u otro subsidio similar? En caso afirmativo, ¿qué agencia proporciona subsidio de alquiler?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: \$	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> En programa/refugio <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> 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: \$	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> En programa/refugio <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> 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: \$	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> En programa/refugio <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> 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

<p>1. ¿Espera cambios en el tamaño de su grupo familiar dentro de los próximos 12 meses? En caso afirmativo, explicar:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>2. ¿Alguien en su grupo familiar está separado pero no divorciado? En caso afirmativo, listar los nombres:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>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:</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo complete</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>4. ¿Tiene usted o alguien más en su casa alguna mascota? En caso afirmativo, describir de qué tipo y cuántas:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>5. ¿Está siendo desplazado de su hogar como resultado de una acción del gobierno o un desastre declarado por el presidente? En caso afirmativo, explicar:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información de Valor Village

<p>6. Está solicitando una unidad de 1 dormitorio? Tome en cuenta que las unidades de 1 dormitorio están limitadas a hogares con 1 a 3 miembros.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>7. ¿Está solicitando una unidad de 2 dormitorios? Tome en cuenta que las unidades de 2 dormitorio están limitadas a hogares con 2 a 5 miembros. Las personas con discapacidades que necesitan una unidad de 2 dormitorios pueden solicitar una adaptación razonable a esta política.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

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 Unidd para personas con discapacidad visual

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

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 a seguir en la página siguiente]

