

Valley View Senior Homes

Solicitud de Alquiler

La lista de espera para unidades de veteranos generales en Valley View Senior Homes se abre el **25 de Junio de 2025**. Las solicitudes deben devolverse por correo a 1 Natalie Lane, ATTN: Manager, American Canyon, CA 94503. Las solicitudes deben tener matasellos del **14 de Enero 2026** Y recibido en la oficina del gerente antes de las 5:00 pm del **21 de Enero 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 persona recibirán un sello de fecha y hora.

Elegibilidad

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

- ☐ Ser un veterano. Se requerirá comprobante del estado de veterano.
- ☐ 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.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Jefe de Familia
2.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
3.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Información de Contacto

Dirección Actual:				
	Unidad #	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal:				
	Unidad #	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono 1:	Número de Teléfono 2:	Correo Electrónico:		
Persona Alterna a Contactar				
<i>Ejemplos podrían incluir una asistente social, familiar, amigo(a), etc.</i>				
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	
<p>¿Usted posee un vale de la Sección 8 actual, transferible u otro subsidio similar?</p> <p>¿Si es así, a través de cuál agencia recibe el subsidio?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

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: \$	<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> En un programa/refugio <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> 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: \$	<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> En un programa/refugio <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> 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: \$	<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> En un programa/refugio <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> 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

<p>1. ¿Usted espera que haya cambios en el número de los miembros de su hogar en el período de los próximos 12 meses?</p> <p>Si es así, por favor explique:</p> 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>2. ¿Algún integrante de su hogar está separado(a), pero no divorciado(a)?</p> <p>Si es así, por favor enumere los nombres:</p> 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>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?</p> <p>Si es así, Por favor enumere los nombres:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Parcial</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo</p> </div> </div>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>4. ¿Usted o alguien más que de su familia tiene mascotas?</p> <p>Si es así, por favor describa qué tipo y cuántas:</p> 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>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?</p> <p>Si es así, por favor explique:</p> 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información de Valley View

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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Nota: Si solicita un tipo de unidad para el cual su hogar no califica, su solicitud será procesada para el tipo de unidad apropiado.

7. ¿Vive en el Condado de Napa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Trabaja en el Condado de Napa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Vive o trabaja en la ciudad de American Canyon?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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
☐ Ninguna de las anteriores

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

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

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. Yo/nosotros entendemos que es de responsabilidad de cada solicitante proveer cualquier y todas las informaciones necesarias para determinar su elegibilidad.
2. Yo/nosotros entendemos que si un solicitante deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del Criterio de Selección del Residente, un aviso escrito de la denegación indicando el motivo de la denegación será enviado por correo al solicitante. Un solicitante tiene 14 días para presentar una apelación.
3. Yo/nosotros entendemos que la información anterior ha sido recopilada para determinar mi/nuestra elegibilidad para un domicilio. Yo/nosotros autorizamos al dueño, sus agentes y empleados hacer cualquiera y todas las preguntas para verificar esa información ya sea directamente o través de la información intercambiada ahora o después con renta, o servicios de análisis de crédito, fuerza del orden público u otras agencias públicas y contactar a los anteriores o actuales propietarias u otras fuentes para obtener la información sobre el crédito y/o verificación de la información, la cual podría ser difundida por las correspondientes agencias federales, estatales, locales o personas privadas a la dirección
4. Yo/nosotros autorizamos al dueño, sus agentes y empleados obtener información sobre mi/nuestros antecedentes penales para conocer si existe algún antecedente penal, incluyendo arrestos o condenas las cuales me podrían impedir mudarme a la propiedad, de conformidad con nuestro Criterio de Selección de Residentes.
5. Yo/nosotros entendemos que debemos proveer una notificación por escrito a la dirección de cualquier cambio que ocurra en la información que aparece en esta planilla.
6. Si mi/nuestra solicitud es aprobada y se realiza la mudanza, yo/nosotros certificamos que sólo esas personas enumeradas en esta solicitud ocuparán el departamento, que yo/nosotros no mantendremos otro lugar de residencia, y que no hay otras personas por las cuales, yo/nosotros tenemos o esperamos tener la responsabilidad de proveerles vivienda.
7. Yo/nosotros entendemos que un solicitante con discapacidad tiene el derecho a solicitar adaptaciones razonables. Todas las solicitudes serán evaluadas y una decisión será tomada fundamentándose en la índole de la petición.
8. Yo/nosotros certificamos que la anterior información es cierta, complete y correcta. Yo/nosotros entendemos que las declaraciones falsas u omisiones son motivos para la descalificación, desalojo, y/o enjuiciamiento conforme al pleno alcance de la ley de California.

[Los espacios para firmar se encuentran en la siguiente página]

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: