

Tabora Gardens Senior Apartments

租房申請表

Tabora Gardens Senior Apartments 的等候名單將於 2026 年 1 月 28 日上午 9:00 開放。
 該申請必須通過郵寄方式退回 3701 Tabora Drive, ATTN: Manager, Antioch, CA 94509。申請人必須于2026年2月11日下午點之前網上提交申請。 截止日期之前將對所有申請進行抽獎。
 本單位僅受理完整且未經修改之原始申請表，每戶限提交一份；重複申請將不列入抽籤程序。

申請資格資格

申請租房的戶主必須滿足以下條件

年滿 55 歲及上

要申請，該家庭的其他家庭成員必須滿足以下條件：

年滿 45 歲及上，或必須是配偶或同居；提供基本的經濟或物質支持的人；或殘障兒童



如您不符合上述要求，請停止 (STOP) 申請。 **我們無法接受您的申請。**

申請人

請在下表列出與您一起生活的所有人，包括住家助手。

姓名 (請工整書寫)	出生日期	社保號	男/ 女	與戶主關係
1.			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	戶主
2.			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
3.			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

聯繫方式：

現居地址：	單元	市	州	號郵編
郵寄地址： (與現居地址不同時填寫)	單元	市	州	號郵編
電話 1:	電話 2:		電子郵件:	

備用聯絡人

比如社工、親屬、朋友等

姓名:	關係:	工作單位:		
地址:	單元	市	州	號郵編
電話:	電子郵件:	傳真:		



家庭收入資訊

請提供每位家庭成員的資訊。如有其他來源，可加表填寫。

收入來源

1	申請人姓名:	收入類型:	來源 (公司/工作單位名稱):
	地址:		
2	申請人姓名:	收入類型:	來源 (公司/工作單位名稱):
	地址:		
3	申請人姓名:	收入類型:	來源 (公司/工作單位名稱):
	地址:		
4	申請人姓名:	收入類型:	來源 (公司/工作單位名稱):
	地址:		
5	申請人姓名:	收入類型:	來源 (公司/工作單位名稱):
	地址:		
6	申請人姓名:	收入類型:	來源 (公司/工作單位名稱):
	地址:		
電話:	傳真:	每月總收入: \$	

補助信息

您目前是否有可轉讓的第 8 條代金券或其他類似補助?
如果是，給您發放補助的機構是哪家？

是 否

家庭資產資訊

請提供每位家庭成員的資訊。如有其他來源，可加表填寫。

資產

1	申請人姓名:		
	帳戶類型:	銀行:	帳號:
	如果是聯名帳戶，請列出其他開戶人:		當前餘額: \$
2	申請人姓名:		
	帳戶類型:	銀行:	帳號:
	如果是聯名帳戶，請列出其他開戶人:		當前餘額: \$
3	申請人姓名:		
	帳戶類型:	銀行:	帳號:
	如果是聯名帳戶，請列出其他開戶人:		當前餘額: \$
4	申請人姓名:		
	帳戶類型:	銀行:	帳號:
	如果是聯名帳戶，請列出其他開戶人:		當前餘額: \$
5	申請人姓名:		
	帳戶類型:	銀行:	帳號:
	如果是聯名帳戶，請列出其他開戶人:		當前餘額: \$
6	申請人姓名:		
	帳戶類型:	銀行:	帳號:
	如果是聯名帳戶，請列出其他開戶人:		當前餘額: \$

居住經歷

請從現居地開始，列出
所有家庭成員過去兩年的資訊。
沒有居住經歷不一定會取消您的申請資格（可能需要核實情況）。

居住經歷

如有其他住處，可加表填寫。

現居地	申請人姓名：			
	現居地址：			
	搬入日期：	搬離日期：	月租： \$	<input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 保障專案/收容所 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 親友同住
	現房東姓名：	現房東地址：		
	現房東電話：	現房東傳真：		
曾居地	申請人姓名：			
	曾居地址：			
	搬入日期：	搬離日期：	月租： \$	<input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 保障專案/收容所 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 親友同住
	前房東姓名：	前房東地址：		
	前房東電話：	前房東傳真：		
曾居地	申請人姓名：			
	曾居地址：			
	搬入日期：	搬離日期：	月租： \$	<input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 保障專案/收容所 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 親友同住
	前房東姓名：	前房東地址：		
	前房東電話：	前房東傳真：		
如果您沒有兩年的居住經歷，請說明原因。				

家庭資訊

1. 您預計未來 12 個月家庭人數是否會變? 否如果會，請說明：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 是否有分居但未離異的家庭成員? 如果有，請列出姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 是否有成年家庭成員為全日制學生或計畫未來十二個月內成為全日制學生? 否如果有，請列出姓名： <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> 非全日制 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制 <input type="checkbox"/> 全日制
4. 您或家裡其他人是否養寵物? 如果是，請說明寵物品種和數量：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您是否因政府行動或總統宣佈進入災難狀態而流離失所? 如果是，請說明：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

其他資訊

合理居住設施

1. 您或家裡其他人是否需要住家助手提供協助？

- 是 如果是，請說明：
否

2. 您或家裡其他人是否因病需要：

- 適合行動不便者的住所 適合聽力障礙者的住所
一樓住所 適合視力障礙者的住所

3. 為讓您平等入住還需要其他哪些合理的居住設施？

補充資訊

1. 您是如何得知該社區的？

2. 您是否有車？

- 是。有幾輛？ _____
否

3. 您是否需要翻譯或口譯？

- 是。哪種語言？ _____
否

4. 如果您的住房申請資格可能受其他情況影響，請在空白處提供補充資訊供審議。

選填信息

族裔分類

請僅選擇一項：

- 並非西班牙裔，拉丁美洲裔或西班牙裔
- 西班牙裔，拉丁美洲裔/西班牙裔或西班牙裔（也請選擇子類別）
 - 波多黎各人
 - 古巴的
 - 墨西哥，墨西哥裔美國人，奇卡諾/另一西班牙裔，拉丁裔/西班牙裔
- 拒絕舉報

種族類別

請選擇所有的適用項：

- 白人
- 黑人/非洲裔美國人
- 美國印第安人/阿拉斯加土著
- 亞裔
 - 亞洲印度
 - 中國人
 - 菲律賓人
 - 日本人
 - 韓國人
 - 越南人
 - 其他亞洲人
- 夏威夷土著或其他太平洋島民
 - 夏威夷土著
 - 關島或者查莫羅人
 - 薩摩亞人
 - 其他太平洋島民
- 其他（請指明）： _____
- 拒絕舉報

證明

1. 我/我們理解申請人有責任提供所有必填資訊，以確定是否符合資格。
2. 我/我們理解不符合居民選擇標準資格要求的申請人，會收到一封載有拒絕原因的書面拒絕通知。申請人有 14 天的上訴期。
3. 我/我們理解，管理人員正在收集上述信息以確定我/我們的居住資格。我/我們授權房產所有人，其代理人和員工直接或通過現在或稍後與租戶篩選機構，調查性消費者報告機構，執法部門或其他公共機構交換的信息所進行得任何和所有調查以對此信息進行驗證，並且有權聯繫以前或當前的房東或其他來源以獲取可由相關聯邦，州，地方機構或私人向管理人員披露的驗證信息。獲得的信息和報告可能包括我的出租房屋和被驅逐（或非法拘留者）的歷史，性格，一般聲譽，個人特徵和生活方式，以確定我是否有資格獲得該房屋的租賃權。
4. 我/我們授權業主、其代理人及員工根據居民選擇標準獲取有關我/我們的背景資訊，瞭解是否有犯罪記錄，包括可能禁止我/我們搬入社區的逮捕或定罪資訊。
5. 我/我們理解本表資訊如有任何變動，我/我們必須向管理人員發出書面通知。
6. 如果我/我們的申請獲批且允許搬入，我/我們證明僅本申請表列出人員將入住公寓，我/我們沒有其他住處，且沒有其他人有責任為我/我們提供住宅。
7. 我/我們理解殘障申請人有權請求配備合理的居住設施。請求經評估後，根據其合理性作決定。
8. 我/我們證明前述資訊真實、完整、正確。我/我們理解一經發現任何虛假陳述或遺漏，將取消申請資格、收回房屋和/或根據加利福尼亞州法律提起訴訟。

勾選此框，即表示我希望收到一份SAHA獲得的任何調查性消費者報告的副本。

SAHA從以下機構獲得調查性消費者報告：NTN，地址：PO Box 6245，Concord，CA 94524；電話：925-688-1000 /免費電話：800-800-5602；網站：www.ntnonline.com。我理解NTN在正常工作時間內需要在收到合理通知的情況下，並在提供正確的身份證明後，向我提供其在我的帳戶中所預先要求的任何報告中包含的文件和信息。我有權親自或通過郵件來參看檢查文件，或者我可以通過電話獲得情況摘要。NTN還需要指派經過培訓的工作人員來對我檔案中的任何信息進行解釋，如果我選擇參看檢查我的檔案，還要向我提供對於其中任何編碼信息的書面說明。根據我的要求並遵守既定程序，NTN還必須允許我在參看檢查期間由另一人陪同。

[接簽字頁]

簽字

請確保申請表已填寫完整，且所有成年申請人 已經在下面簽署名字和日期。

戶主: 姓名: _____

簽名: _____

日期: _____

申請人 2: 姓名: _____

簽名: _____

日期: _____

申請人 3: 姓名: _____

簽名: _____

日期: _____