



## Greater Dayton Premier Administración

Mejorando los vecindarios • Fortalecimiento de las comunidades • Cambiando vidas

### DEPARTAMENTO DE ELEGIBILIDAD

400 Wayne Avenue, Dayton, OH 45410

Teléfono: 937-910-7500 o 937-910-5400 Número TDD: 937-910-7570

### ***APLICACIÓN DE GESTIÓN DE ACTIVOS***

Para solicitar la vivienda de gestión de activos de GDPM, también conocida como vivienda pública, los solicitantes deben asistir a una orientación. **TODOS LOS ADULTOS EN LA SOLICITUD DEBEN ESTAR PRESENTES PARA LA ORIENTACIÓN . DEBIDO AL ESPACIO LIMITADO POR PRECAUCIONES DE COVID, NO SE ADMITEN NIÑOS EN EL EDIFICIO .**

**A partir del martes 7 de septiembre de 2021 y hasta nuevo aviso, las clases de orientación comenzarán los lunes, martes y miércoles por la mañana y por la tarde con cupo limitado.** El horario de check-in para la sesión de la mañana comienza a las **09 a.m.** El horario de check-in para la sesión de la tarde comienza a las **1:30 de la tarde.** **NADIE** será aceptado después de las **9:10 am o 1:40 pm**

**TODOS los solicitantes deben traer la SOLICITUD COMPLETA y la SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN a la orientación:**

- Verificación de fecha de nacimiento para **TODOS** miembros de la familia (certificados de nacimiento; se aceptan copias, si son legibles)
- tarjetas de seguridad social para **TODOS** miembros de la familia
- Licencia de conducir o identificación estatal para **TODOS** miembros mayores de 18 años
- Militar DD214 (si corresponde)
- Prueba de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio de elegibilidad

**SI FALTA ALGUNA DOCUMENTACIÓN, NO SE PUEDE ASISTIR A LA ORIENTACIÓN. POR FAVOR COMPRUEBE CUIDADOSAMENTE QUE TIENE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS ANTES DE VENIR A LA ORIENTACIÓN.**

**NOTA:** Si anteriormente vivió en una vivienda de GDPM o recibió un Vale de Elección de Vivienda (Sección 8) y debe un saldo anterior, **DEBE PAGAR ESE SALDO EN SU TOTALIDAD** antes de que podamos ofrecerle vivienda.

==



# Gestión Premier del Gran Dayton

## Solicitud de Gestión Patrimonial Vivienda

El nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Persona de contacto alternativa/de emergencia \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

Número de teléfono con código de área \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

( )  
Teléfono de casa

( )  
Teléfono del Trabajo + Extensión

Ext: ( )  
Teléfono móvil

Tamaño del dormitorio

Deficiencia	DIDormitorio	D2 dormitorios <span style="float: right; font-size: small;">IDENTIFICACIÓN3 dormitorios</span>
D4 Dormitorios	D 5 Dormitorios	DOtro:

### Declaración de composición familiar

**Indíquese usted mismo y todas las personas que residirán con usted:** (Utilice el reverso de esta hoja si es necesario.)

Nombre completo	Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Relación a Jefe de Familiar
					SER

Sí No

**D** D ¿Alguien en su hogar es estudiante de tiempo completo y tiene 18 años o más? Por favor escuche su nombre y el nombre de la(s) escuela(s) a la(s) que asiste: - - - - -

**D** D ¿Es el cabeza de familia, o cónyuge, anciano (62 años o más)?

**D** D ¿Está usted o su cónyuge trabajando más de 20 horas por

**D** D semana? ¿Estás sin hogar? (debe aportar documentación)

**D** D ¿Eres víctima de violencia doméstica?

**D** D ¿Eres un veterano de las fuerzas armadas?

**D** D ¿Está siendo desplazado involuntariamente de su hogar por una agencia gubernamental?

**D** D ¿Es usted un participante en el programa Day-Mont West Sojourner?

**D** D ¿Paga el seguro médico?

**D** D ¿Paga gastos relacionados con una minusvalía o discapacidad?

**D** D Pago los gastos médicos de mi propio bolsillo: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

**D** D Pago los gastos de cuidado de niños de mi propio bolsillo: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

**D** D Proveedor-----  
Pago los gastos de atención del asistente de mi propio bolsillo: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Lista de verificación de ingresos anuales

1) ¿Algún miembro del hogar estará percibiendo algún tipo de ingreso por trabajo? Si D No D

En caso afirmativo, indique el nombre, el nombre de la empresa y la dirección de la empresa de los miembros de la familia que recibirán ingresos por empleo.

Nombres de los miembros de la familia	Nombre del empleador y DIRECCIÓN	fechas Trabajó	Pagar Tasa	Horas por Período de Pago/ Frecuencia de pago (*veeklv, bisweeklv, n1monthlv)
		De: A:		
		De: A:		
		De: A:		

2) ¿Algún miembro del hogar recibirá ingresos de un negocio operado por una familia o será

¿Trabajadores por cuenta propia? SíDNoD

En caso afirmativo, enumere los nombres de los miembros de la familia que recibirán ingresos del trabajo por cuenta propia.

Nombre(s) de miembro de la familia	Fechas trabajadas	Cantidad de ingresos	Frecuencia (semanal, quincenal, mensual)
	De: A:	ps	
	De: A:	ps	

3) ¿Algún miembro del hogar recibirá beneficios del Seguro Social o SSI? En caso afirmativo, Sí D No O  
enumere los nombres de dichos destinatarios.

_____	ps	Por _____
_____	ps	Por _____
_____	ps	Por _____

4) ¿Algún miembro del hogar recibirá pagos periódicos de anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad o muerte u otros montos similares? Si D No D

En caso afirmativo, enumere los nombres de dichos destinatarios.

_____	ps	Por _____
_____	ps	Por _____
_____	ps	Por _____

5) ¿Algún miembro del hogar recibirá compensación por desempleo, compensación por discapacidad, indemnización o indemnización? **Sí D No D**

En caso afirmativo, enumere los miembros de la familia que son beneficiarios.

_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____

6) ¿Algún miembro del hogar recibirá beneficios de asistencia pública (efectivo, cupones para alimentos)?

**Sí 0 Sin O**

Sí, enumere los destinatarios.

_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____

7) ¿Algún miembro del hogar recibirá pagos de pensión alimenticia o manutención de niños? En caso afirmativo, indique los nombres de los miembros de la familia que son beneficiarios.

**Sí D Sin O**

_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____

8) ¿Algún miembro del hogar recibirá pago como miembro de las Fuerzas Armadas? En caso afirmativo, enumere los miembros de la familia que son beneficiarios.

**Si D No O**

_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____

9) ¿Algún miembro del hogar recibirá premios de lotería, pagados periódicamente? Sí, enumere los miembros de la familia que son beneficiarios.

**Sí 0 Sin O**

_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____

10) ¿Algún miembro del hogar recibirá contribuciones monetarias recurrentes?

iones u otros obsequios o pagos

de un miembro que no es del hogar? Sí, enumere los nombres de los destinatarios.

**Sí D No D**

_____	ps	Por	_____
_____	ps	Por	_____

			Valor de Activo	Nombre de la Institución Financiera /Proveedor
I) ¿Algún miembro del hogar tiene lo siguiente:	Sí D.	Asentir		
a) ¿Una cuenta de ahorros?			<u>ps</u>	_____
b) ¿Una cuenta de cheques?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
c) ¿Una caja de seguridad?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
d) dinero en efectivo a casa?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
e) ¿Efectivo en otro lugar?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
2) ¿Tiene fondos fiduciarios disponibles para su hogar?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
3) ¿Tiene capital en propiedades de alquiler u otras inversiones de capital?	Sí D.	Sin O	<u>ps</u>	_____
4) ¿Tiene acciones, bonos, letras del Tesoro, certificados de depósito o fondos del mercado monetario?	Sí D.	Sin O	<u>ps</u>	_____
5) ¿Tiene algún fondo de jubilación/pensión?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
6) ¿Recibirá recibos de suma global?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
7) ¿Tiene algún artículo personal como inversión (automóviles antiguos, colecciones de monedas o sellos, etc.)?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
8) ¿Tiene póliza de seguro de "Vida Entera"?	Sí D.	Asentir	<u>ps</u>	_____
9) ¿Ha dispuesto de algún activo por menos del valor justo de mercado en los últimos dos años? (En caso afirmativo, complete el Formulario de certificación de desinversión de activos) Sí O No D			<u>ps</u>	_____

### DECLARACIÓN OPCIONAL

Hay ciertos beneficios de programas de vivienda que están disponibles para las familias solicitantes que tienen un miembro de la familia que es una persona con discapacidad. Si usted o algún miembro de su familia califica y desea ser considerado para estos beneficios, indíquelo a continuación:

Sí

D ¿Desactivado? Miembro de la familia: - - - - -

El nombre del doctor: \_\_\_\_\_

del doctor

DIRECCIÓN:-----

del doctor

Teléfono#:-----

D ¿Se beneficiará usted o un miembro de su familia al vivir en un apartamento diseñado para acomodar a un usuario de silla de

D ruedas? ¿Necesitará usted o alguien en su hogar un asistente de cuidado interno?

Nombre del asistente residente:-----

Relación (si la hay): \_\_\_\_\_

*Yo/usted o cualquier miembro de su familia es una persona con discapacidades y necesita una adaptación específica para poder utilizar plenamente los programas y servicios de GDPM, por favor infórmenos.*

## **Aviso a todos los solicitantes:**

### **Adaptaciones razonables para solicitantes con discapacidades**

Greater Dayton Premier Management (GDPM) es una agencia pública que proporciona viviendas de bajo alquiler a familias elegibles, familias de edad avanzada y personas solteras. GDPM no puede discriminar a los solicitantes en función de su raza, religión, sexo, color, edad, discapacidad o estado familiar. Además, GDPM tiene la obligación legal de proporcionar "adaptaciones razonables" a los solicitantes si ellos o algún miembro de su familia tiene una discapacidad. Una adaptación razonable es alguna modificación o cambio que GDPM puede hacer a sus apartamentos o procedimientos que ayudarán a un solicitante elegible con una discapacidad a aprovechar los programas de GDPM. Los ejemplos de adaptaciones razonables incluirían:

- Agregar o alterar las características de la unidad para que puedan ser utilizadas por un miembro de la familia con discapacidad;
- Instalación de detectores de humo de luz intermitente tipo stmbe en un apartamento para una familia con un miembro con discapacidad auditiva;
- Permitir que una familia tenga un perro grande para ayudar a un miembro de la familia con una discapacidad en un desarrollo familiar de GDPM donde el tamaño de los perros suele ser limitado;
- Poner a disposición de un solicitante con una discapacidad visual documentos de tipo grande, documentos en Braille, casetes o un lector durante el proceso de solicitud;
- Poner a disposición de un solicitante con una discapacidad auditiva un intérprete de lenguaje de señas durante la entrevista o las reuniones con el personal de GDPM;
- Permitir que una agencia externa o un individuo ayuden a un solicitante con una discapacidad a cumplir con los criterios de selección de solicitantes de GDPM.

Una familia solicitante que tiene un miembro con una discapacidad aún debe poder cumplir con las obligaciones esenciales de la tenencia. Deben poder pagar el alquiler, cuidar su apartamento, reportar la información requerida al GDPM, evitar molestar a sus vecinos, etc., pero no hay ningún requisito de que puedan hacer estas cosas sin ayuda.

Si usted o un miembro de su familia tiene una discapacidad y cree que podría necesitar o desear una adaptación razonable, puede solicitarla en cualquier momento del proceso de solicitud o en cualquier momento en que necesite una adaptación. Esto depende de ti. Si preferiría no discutir su situación con GDPM, es su derecho.

Es política de Greater Dayton Premier Management (GDPM) garantizar que las comunicaciones con los solicitantes, residentes, participantes del programa y miembros del público con discapacidades sean tan eficaces como las comunicaciones con los demás. Si necesita ayuda en esta área, solicite una copia de la Política de Comunicación Efectiva de GDPM que describe las ayudas y servicios auxiliares que GDPM puede proporcionar.

## CUESTIONARIO DE REQUISITOS DE UNIDADES ESPECIALES

Este cuestionario debe ser administrado a cada solicitante de Vivienda de Gestión de Activos en el GDPM. Se utiliza para determinar si una familia solicitante necesita características especiales en su unidad de vivienda. Se debe verificar la necesidad de adaptaciones especiales para asegurar que el número limitado de unidades con características especiales vaya a familias que realmente las necesitan.

Nombre del solicitante: - - - - -

Atreverse: - - - - -

1. ¿Usted, o algún miembro de su familia, requerirá alguno de los siguientes:

**D**Unidad accesible para discapacitados

**D**Unidad para Audición-Impairado

**D**Unidad de un nivel

**D**Habitación con cama supletoria

**D**Asistente en vivo

**D**Otras modificaciones a la unidad

**D**Unidad para Deficientes Visuales

2. ¿Usted y todos los miembros de su familia pueden usar las escaleras sin ayuda?

**Si No**

Si la respuesta es No, indique cómo GDPM debería acomodar a su familia:

\_\_\_\_\_

3. ¿Necesitará usted o alguno de los miembros de su familia un ayudante vivo para ayudarlo?

**Si No**

En caso afirmativo, explíquelo por favor: - - - - -

4. Si marcó alguna de las categorías de unidades enumeradas anteriormente, explique exactamente qué necesita para adaptarse a su situación. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

\_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es el nombre del miembro de la familia que necesita las características identificadas anteriormente?

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ANTERIOR DEL ARRENDADOR

1) ¿Alguna vez ha sido residente de Greater Dayton Premier Management Housing antes? **Sí No**

En caso afirmativo, ¿dónde vivió y cuándo?

---

---

2) ¿Ha vivido alguna vez o vive actualmente en vivienda pública o vivienda protegida? En caso afirmativo, ¿dónde vivió y cuándo?

**Sí No**

---

---

3) Indique su dirección actual y anterior y la información del arrendador para el último **cinco (5) años**. Adjunte una hoja de papel a la solicitud si necesita más espacio.

Presente DIRECCIÓN: -----

Landlord Name: \_\_\_\_\_

Landlord Address: \_\_\_\_\_

Fechas de Residencia: -----

Anterior DIRECCIÓN:-----

Nombre del propietario:-----

Propietario Añadir:-----

Fechas de Residencia: -----

Anterior DIRECCIÓN: -----

Propietario Nombre: -----

Propietario DIRECCIÓN: -----

Fechas de residencia: -----

**¿Fue referido a nuestra agencia por un residente actual de GDPM?**

**OvesoNo**

### LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

GDPM tiene mi autorización para comunicarse con las siguientes agencias y/o personas en mi nombre:

---

---

---



## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico/certificamos, juramos o afirmamos que la información brindada a Greater Dayton Premier Management con respecto a la composición del hogar, ingresos, activos, asignaciones y deducciones es precisa y completa para lo mejor de mi/nuestro conocimiento, conocimiento y creencia. Entendemos que las declaraciones falsas de cualquier información son punibles bajo la Ley Federal y los hns del Estado de Ohio. Yo/nosotros también entendemos que esta información puede ser entregada a las agencias federales, estatales o locales apropiadas o cuando sea relevante a los investigadores o fiscales civiles, penales o reguladores. Yo/nosotros también entendemos que los alojamientos falsos o la información falsa son motivos para la terminación de la asistencia de vivienda y el arrendamiento.

Yo/Nosotros entendemos que todos los cambios a esta aplicación deben ser informados a GDPM por escrito.

Entiendo/entendemos que se puede solicitar información adicional para completar la solicitud. El no proporcionar dicha información cuando se solicite puede descalificarme de la consideración para la admisión. También entiendo que se realizará una verificación nacional de antecedentes penales.

Yo/Nosotros entendemos que si me ofrecen una vivienda, el alquiler vence y es pagadero por adelantado el primer día de cada mes y debo ser considerado moroso después del quinto día nr calendario del mes. El incumplimiento de los pagos de alquiler a tiempo puede resultar en lo siguiente: recargos adicionales por pago atrasado, la pérdida de la vivienda e informes de propietario y de crédito negativos.

<p><b>X</b> _____                  Firma: El de la casa <span style="float: right;">DHte</span></p>	<p><b>X</b> _____                  Firma: cónyuge u otro ululto</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

<p><b>X</b> _____                  O th.,Adu IH tou-scl1ol dM-cmbcr</p>	<p>_____ DHtc -</p>	<p>_____ Witness: GDPI\1 Designado                  DHte</p>
-----------------------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------------------------------------------

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA ADMINISTRACIÓN DE GRAN PREMIER DE DAYTON:**

Cartelera       Radio       Amigo       Otro

ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE POR HACER FALSO O FRAUDULENTO A CONOCIMIENTO Y VOLUNTARIAMENTE DECLARACIONES A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

---

### SOLO USO DE OFICINA

Cheque BTC \_\_\_\_\_ Balance \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_

Cheque SOL \_\_\_\_\_ Detener \_\_\_\_\_ Datos \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_

Comprobación de traspaso \_\_\_\_\_ Detener \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cheque de desalojo \_\_\_\_\_ Detener \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_

Propiedad RAD seleccionada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN RGPD

Certifico que: (1) la información proporcionada a Greater Dayton Premier Management por el hogar de \_\_\_\_\_ sobre la composición del hogar, ingresos netos los bienes familiares y las asignaciones y deducciones se han verificado según lo exige la ley federal; (2) la familia era elegible en el momento de la admisión; y (3) la familia ha certificado que le ha dado a nuestra agencia información precisa y completa.

Firma del designado de GDPM: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Elegibilidad • 400 Wayne Avenue • Dayton, OH 45410 • Teléfono (937)910-7500 • Fax (937)910-5484