



SOLICITUD DE VIVIENDA



Instrucciones: Favor leer y completar la solicitud en todas sus partes. Solicitudes incompletas no pueden ser procesadas. Esta Solicitud es la primera etapa del proceso de selección y evaluación.

Para ser elegible a admisión a la lista de espera, el solicitante deberá:

1. Cumplir con los criterios de elegibilidad vigentes y establecidos en las Regulaciones del Departamento de Vivienda Urbano (HUD) y en el Plan de Selección de Partners Business Services.
2. Debe completar la solicitud de vivienda y ésta deberá estar firmada por todo miembro de la composición familiar, cuya edad sea de 18 años o más.
3. La solicitud debe estar acompañada por los siguientes formularios:
 - a. **Cuestionario de Ofensores Sexuales:** firmados por todo miembro de la composición familiar cuya edad sea de 18 años o más
 - b. **Acomodo Razonable- Información importante:** Firmado por el Jefe o Co-jefe de Familia
 - c. **Informando su Número de Seguro Social:** Firmado por el Jefe o Co-jefe de Familia
4. Los siguientes ingresos o beneficios deben ser reportados:
 - a. Sueldo, salario, propinas, comisiones y bonos provenientes de empleo
 - b. Trabajo por cuenta propia
 - c. Beneficios de Seguro Social
 - d. Asistencia Económica (TANF)
 - e. Asistencia Nutricional (PAN)
 - f. Pensión Alimentaria
 - g. Pensión Matrimonial
 - h. Compensación por Desempleo
 - i. Ingresos de Fuerzas Armadas
 - j. Beneficios de Veteranos
 - k. Pensión de Retiro
 - l. Incapacidad Estatal
 - m. Compensación Fondo de Seguro del Estado
 - n. Compensación patronal
 - o. Intereses de Activos (Cuentas de Banco, Inversiones, Bonos etc.)
 - p. Ingresos por propiedad rentada
 - q. Ayuda Familiar, o de cualquier particular para el pago de deudas, compra de productos o de efectivo para cualquier miembro de la composición familiar.
5. Debe asegurarse que la solicitud de vivienda y los formularios requeridos están completados en todas sus partes y debe devolverlos a través de correo electrónico al proyecto donde está solicitando vivienda o mediante correo postal a la siguiente dirección: Partners Business Services PO Box 363908 San Juan, PR 00936-3908.

Listado de correos electrónicos por proyecto:

Proyecto	Correo electrónico	Proyecto	Correo electrónico
Adult Community	adult@pbsprojects.com	Monserate Towers I	monserrate@pbsprojects.com
Alturas del Señorial	alturas@pbsprojects.com	Monserate Towers II	monserrate@pbsprojects.com
Bayamón Garden	bayamongarden@pbsprojects.com	San Antón	sananton@pbsprojects.com
Central Park	centralpark@pbsprojects.com	Santa Juana	santajuana@pbsprojects.com
Colinas de San Juan	colinas@pbsprojects.com	Torre de las Cumbres	torredelascumbres@pbsprojects.com
De Diego	dediego@pbsprojects.com	Valle del Sol	valledelsol@pbsprojects.com
Jardines de Caparra	jardinesdecaparra@pbsprojects.com	Vistas del Turabo	vistasdelturabo@pbsprojects.com

6. Personas solas pueden solicitar en los proyectos con apartamentos de 1 habitación solamente (ver listado de proyectos). A menos, que por razón de impedimento de movilidad requiera una habitación adicional como acomodo razonable para equipo médico o para un ayudante especial, será considerada para dos o más habitaciones sujeto a verificación y evaluación de esta información. **(Sección 504)**
7. De requerir asistencia para completar este formulario, deberá notificarlo al personal del proyecto que solicita o escribiendo al email correspondiente.



PARTNERS BUSINESS SERVICES, LLC.
PO BOX 363908, SAN JUAN PR 00936-3908 (787) 625-6974

PROSPECT:

SOLICITUD

Proyecto para el que solicita: _____
Si necesita acomodo razonable para completar esta solicitud favor de informarlo.

Jefe de familia: _____ **Sexo:** _____
Escriba el nombre como aparece en la tarjeta de Seguro Social

Fecha nac.: ____/____/____ **Edad:** ____ **# de Seguro Social:** _____ **Estado Civil:** _____
mes día año Si es menor de 21 años ¿Está emancipado? Si __ No __

Tel. #1: _____ **Tel. #2:** _____ **Correo electrónico:** _____

Dirección Postal: _____
Urb. Núm. Casa Calle

Apartado Pueblo Código Postal

Dirección residencial: _____
Urb. Núm. Casa Calle Pueblo Código Postal

Lugar de empleo: _____ **Tel. Empleo:** _____

Información del Co-jefe de familia (Si aplica):

Nombre: _____ **Sexo:** _____
Escriba el nombre como aparece en la tarjeta de Seguro Social

Fecha nac. ____/____/____ **Edad:** ____ **# de Seguro Social:** _____ **Estado Civil:** _____
mes día año Si es menor de 21 años ¿Está emancipado? Si __ No __

Lugar empleo: _____ **Tel. Empleo:** _____

Indique la siguiente información de todos los miembros de la familia:

Nombre como aparece en la tarjeta de SS	# de SS	Edad	Sexo	Estudiante		Ocupación	Ingreso Anual
				Si	No		

Ingreso anual de la familia. \$ _____ **(Por favor sume e incluya el total de todos los ingresos que recibe la familia)**

¿Ha radicado solicitud anteriormente con nosotros? ☐ Sí ☐ No ¿Ha vivido en alguno de nuestros proyectos? ☐ Sí ☐ No

Proyecto _____ **Apartamento** _____ **Desde:** _____ **Hasta:** _____

¿Cómo se enteró de nuestros proyectos? ☐ Residente ☐ Periódico ☐ Clasificados Online ☐ Facebook ☐ Instagram
☐ Familiar/Amigo ☐ Agencia ☐ Otros, especifique: _____

¿Usted o algún miembro de la composición familiar, necesita una habitación adicional por razones médicas, de acuerdo a la definición de Acomodo Razonable del Gobierno Federal? Si No

Aviso Importante: El Gobierno Federal otorga consideraciones especiales a personas con impedimentos físicos o mentales que reúnan los requisitos y criterios de selección establecidos para obtener vivienda con subsidio federal. Tenemos también algunas unidades disponibles para personas con impedimentos físicos. Déjenos saber si interesa información adicional.

FIRMA DEL SOLICITANTE **FECHA**
Para uso de evaluadores solamente. No escriba bajo esta línea _____

ATENDIDO POR: _____ **FECHA:** _____

☐ ACEPTADA ☐ DENEGADA, RAZON: _____

EVALUADO POR: _____ **FECHA:** _____

IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN LA VIVIENDA



Conducimos nuestros negocios de acuerdo a la Ley Federal de Vivienda Justa
(Acta de enmiendas de 1988 de la Ley Federal de Vivienda Justa)

Es ilegal discriminar contra cualquier persona por razón de su raza, color, religión, sexo, incapacidad física o mental, la presencia de niños menores de 18 años o de mujer embarazada en su familia o su origen nacional.

- En la venta o renta de vivienda y terrenos residenciales
- En los servicios de corretaje que prestan vendedores de vivienda
- En los anuncios de venta o renta de vivienda
- En la valoración de vivienda
- En la financiación de vivienda
- También es ilegal forzarle a vender o rentar su vivienda diciéndole que gente de otra raza, religión o grupo étnico se está mudando mudando en su vecindario
- Amenazar o interferir con la persona para que no registre su queja

Cualquier persona que sienta que fue discriminada debe de enviar su queja de discriminación:
1-800-424-8590 (La llamada es gratis)
1-800 543-8294 (TDD)

U.S. Department of Housing and Urban Development
Assistant Secretary for Fair Housing and Equal Opportunity
Washington, D.C. 20410

RESIDENTES O EXRESIDENTES DE VIVIENDA SUBSIDIADA

Certifico que no he cometido fraude, no estoy ni fui desahuciado de viviendas subsidiadas, recertifico a tiempo y hago mis pagos de renta puntuales.

Tanto los miembros de mi composición familiar como yo, hemos cumplido con las normas y reglamentos de la vivienda y/o contrato de arrendamiento.

Certifico que ningún miembro de mi composición familiar ni yo, hemos sido desahuciados de viviendas subsidiadas por problemas de drogas ni actividad criminal.

Ningún miembro de mi familia ni yo hemos estado haciendo uso de drogas ilegales.

Ningún miembro de mi composición familiar ni yo, estamos registrados como ofensores sexuales de forma permanente en Puerto Rico y/o cualquier estado o territorio de los Estados Unidos de América.

Reconozco que si he dado información falsa en este u otros documentos oficiales durante el proceso de evaluación y/o admisión, será motivo suficiente para denegar esta solicitud y/o cancelar el contrato de arrendamiento si el mismo se ha formalizado.

CONSENTIMIENTOS

Acepto que se investiguen mis referencias de crédito a través de la agencia de información crediticia Equifax como parte de la información solicitada.

Autorizamos además que PARTNERS BUSINESS SERVICES LLC, Departamento de Vivienda Federal y/o Puerto Rico Housing Finance Authority investigue sobre la veracidad de la información certificada.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ESTE DOCUMENTO TIENE QUE SER FIRMADO POR TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE 18 AÑOS O MAYORES.



Partners Business Services, LLC

PO BOX 363908 San Juan, PR 00936-3908

Como Agente de _____
Tel. _____ T.D.D. (787) 765-8380



Información sobre el trasfondo de uso, abuso de drogas, historial criminal y registros de ofensores sexuales

Nombre del Jefe de Familia _____ Apartamento o # Solicitud _____

Información de _____ Seguro Social XXX-XX-_____

A TODOS LOS INQUILINOS O SOLICITANTES DE NUESTROS PROYECTOS SUBSIDIADOS

El Gobierno Federal nos requiere obtener información sobre el trasfondo de uso, abuso de drogas, historial criminal y registros de ofensores sexuales, de todos los miembros de la familia de 18 años o más que solicitan residen en vivienda subsidiada. Para poder cumplir con este requisito tiene que contestar las preguntas a continuación y luego firmar, autorizándonos a verificar dicha información a través de la página de internet <https://www.nsopw.gov/en-US> y/o certificado de antecedentes penales

En los proyectos administrados por Partners Business Services LLC, se denegará la solicitud o se terminará la asistencia en la renta, a aquellos solicitantes/ inquilinos que no provean información correcta en este cuestionario, que no autoricen a que se verifique la misma, que se nieguen a contestar el mismo, que tengan expediente de antecedentes penales y/o estén registrados como ofensores sexuales en la base de datos de <https://www.nsopw.gov/en-US>.

Inquilino o Solicitante, haga una marca sobre el encasillado correcto en las próximas preguntas

- ¿Está usted o algún miembro de su composición familiar actualmente en un registro vitalicio bajo el programa nacional de ofensores sexuales?
- ¿Está usted actualmente haciendo uso de drogas ilegales o abusando del consumo de alcohol?
- ¿Ha sido usted convicto/a de cualquier delito relacionado con drogas en los pasados 5 años?
- ¿Ha sido usted convicto/a de cualquier delito grave (felonía) en los pasados 5 años?
- ¿Ha sido usted convicto/a por cualquier crimen violento en los pasados 5 años?
- ¿Ha sido usted acusado/a de cualquiera de los delitos antes mencionados?

Si	No

Solicitante solamente, haga una marca sobre el encasillado correcto en las preguntas adicionales

- ¿Ha sido desahuciado/a de vivienda subsidiada por problemas relacionados con actividad criminal de tráfico ilegal de drogas o actividad relacionada al mismo?
- ¿Ha sido usted convicto por fraude o deshonestidad en los pasados 5 años?
- ¿Ha sido usted acusado/a de cualquiera de los delitos antes mencionados?

Si	No

Inquilino o Solicitante, conteste las siguientes preguntas según indicado

10. Enumere todos los estados y /o territorios de los Estados Unidos de Norteamérica donde ha residido o que haya tenido licencias de conducir. Incluya los números de dichas licencias.

11. ¿Ha sido conocido por algún otro nombre? Sí: _____ No: _____
Si su contestación es afirmativa, favor de indicar dichos nombres

Entiendo que la información solicitada es requerida para poder procesar mi solicitud de vivienda o renovar la asistencia en renta de la unidad que actualmente ocupo, según me aplique. Tengo conocimiento que ofrecer información falsa o incompleta en este documento, es razón para: denegar mi solicitud de vivienda, rescindir mi contrato de arrendamiento y/o terminar la asistencia de mi unidad de vivienda.

Autorizo se investigue y se verifique la información antes mencionada y consiento se divulgue la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Autorizo a las agencias concernidas a divulgar expedientes criminales y/o de ofensores sexuales registrados o a agencias contratadas por Partners Business Services LLC para hacer dichas investigaciones.

Firma del Inquilino/ Solicitante

Fecha



PARTNERS BUSINESS SERVICES, LLC.
PO BOX 363908, SAN JUAN PR 00936-3908
(787) 625-6974 TDD 787-765-8380



Acomodo Razonable-Información Importante

El Gobierno Federal otorga ciertas consideraciones especiales y acomodo razonable a personas con incapacidades o impedimentos físicos o mentales. A continuación, encontrará información básica relacionada a las definiciones que establece el Departamento de Vivienda Federal y Desarrollo Urbano, (HUD) que le ayudarán a determinar si usted o algún miembro de la composición familiar para la cual están solicitando vivienda, reúne una o más de dichas definiciones.

Conducimos nuestros negocios de acuerdo a la ley de vivienda justa. Es ilegal discriminar por razón de sexo, raza, composición familiar, nacionalidad, religión, impedimento, estado civil, orientación de género ni ningún otro.

Si necesita ayuda para: leer este documento, cumplimentar este documento y/o necesita información adicional, favor notificarlo para asistirle.

Gracias

Definiciones: Personas con incapacidad (24 CFR 5.403)

Incapacidad según definida en 42 U.S.C. 423 es:

- (A) Inhabilidad por razón de incapacidad determinada médicamente, física o mental para llevar a cabo ninguna actividad sustancialmente productiva debido a un impedimento físico o mental, que se espera habrá de resultar en la muerte o que ha perdurado o se espera que perdurará continuamente por un período de no menos de 12 meses o
- (B) en el caso de un individuo de 55 años o más y es ciego, incapacidad por razón de dicha ceguera para llevar a cabo ninguna actividad sustancialmente productiva comparables con las cuales él/ella se desempeñaba con regularidad durante un tiempo sustancial. Para propósitos de esta definición, ceguera, según definido en la sección 416(i)(1) de este título quiere decir agudeza en la visión central de 20/200 o menos en el ojo mejor, con lente correctivo. Un ojo que esta acompañado de límites en los campos visuales de forma tal que el diámetro del campo visual que limita la extensión de un ángulo no mayor de 20 grados será considerado para propósitos de este párrafo como que tiene una agudeza visual de 20/200 o menos.

Según las regulaciones de HUD, se determina que tiene un impedimento físico, mental o emocional que se espera: (A) sea de duración continua e indefinida (B) limita su habilidad para vivir independientemente (C) es de naturaleza tal que la habilidad para vivir independientemente puede mejorar con mejores condiciones de vivienda.

Tiene una condición del desarrollo según definida en la Sección 102(7) de Asistencia a incapacidades del desarrollo y a la Carta de derechos (42 U.S.C.6001(8), que es de naturaleza crónica que se atribuye a impedimento físico o mental o una combinación de ambas, se manifestó antes de que la persona cumpliera los 22 años, se espera que continúe indefinidamente y afecta tres o más de las siguientes tareas fundamentales del diario vivir: cuidado propio, lenguaje expresivo o receptivo, aprendizaje, movilidad, capacidad de vida independiente y/o independencia económica.

Refleja la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de cuidados especiales, interdisciplinario o cuidado genérico, tratamiento u otros servicios que son de por vida o de duración extendida y son planificados y coordinados de forma individual.

CERTIFICO QUE HE LEIDO LAS DEFINICIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO

Firma _____

Fecha _____

Relación _____



Partners Business Services, LLC

PO BOX 363908 San Juan, PR 00936-3908



Como Agente de _____
Tel. _____ T.D.D. (787) 765-8380

Informando su número de Seguro Social

Los solicitantes tienen que informar su número de Seguro Social para poder determinar su elegibilidad para subsidio de vivienda.

Procedimiento:

1. El jefe de familia o cojefe tiene que informar los números de Seguro Social de todos los miembros de la composición familiar.
2. Si aún no tiene número de Seguro Social asignado debe firmar una Certificación indicando que aún no lo tiene. Forma 082A, **Advertencia/Declaración**.
3. Si usted tiene número de Seguro Social, pero no tiene evidencia, deberá certificar esta información. Forma 082A, **Advertencia/Declaración**.
4. Hasta que usted no provea esta documentación, en o antes de los próximos 90 días, usted no puede ser participante en estos programas de subsidio.
5. Pasados estos 90 días, si usted no puede proveer la información solicitada será declarado inelegible.
6. Se aceptará documentación de la Administración del Seguro Social y la tarjeta original del Seguro Social.
7. Existen excepciones en donde el solicitante o cualquier miembro de su composición familiar no está obligado a cumplir con informar su número de Seguro Social:
 - a. Individuos que no tienen condición (status) de elegibles bajo la Ley de Inmigración y no están reclamando renta asistida.
 - b. Individuos de 62 años o más que estén viviendo y hayan sido o estén en proceso de ser elegibles para renta asistida en o antes del 31 de enero de 2010.
 - c. Miembros de la familia menor de 6 años, que no tengan asignado un número de seguro social, no se le podrá negar el derecho a la familia a solicitar vivienda ni la admisión al proyecto, según lo establece el Notice H-2016-09 con fecha del 3 de octubre de 2016**

Aviso importante:

Para poder investigar el crédito de todos los miembros de la composición familiar de 18 años en adelante se requiere documentación aceptable que evidencie el/los número/s de Seguro Social.

En _____, Puerto Rico, hoy, ____ de _____ de 20 ____.

Firma del Jefe o Cojefe de Familia