Rochester Housing Authority

Public Housing Application

To apply for a housing assistance program complete all sections of this application. Questions Call 585.697.7180

First Name: _____ Middle Initial: ____ Last Name: _____

Street Address: _____ City: _____ State: ____ Zip: _____

Home Phone: (_____) _____ - _____ Alternate Phone: (_____) _____ - _____

E-Mail Address: _____ @ _____

Please enter the family's TOTAL ANNUAL INCOME. If None, enter 0: $_____

Please indicate if your family's INCOME SOURCE is any of the following:

☐ Wages ☐ Social Security ☐ SSI/SSD ☐ DHS ☐ Other Welfare ☐ Other (Child Support, etc.)

Gender: ☐ M ☐ F Date of Birth:_____/_____/_____Social Security Number:_____-_____-_____

Race (optional): ☐ White ☐ Black/African American ☐ American Indian ☐ Asian ☐ Pacific/Islander

Ethnicity (optional): ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic

First Name	Middle Initial	Last Name	Social Security Number	Relationship to Applicant	Sex M/F	Date of Birth	Disabled? Yes or No	Pregnant?
				Head of Household				

(O*ne bedrooms only*) If a Studio apartment becomes available sooner, would you prefer a studio? ☐ Yes ☐ No

(One bedrooms only) Would you be interested in living in our high-rise communities? ☐ Yes ☐ No

- Have you ever served in the Military? ☐ Yes ☐ No
- Are you currently homeless? ☐ Yes ☐ No
- Does anyone living in your household require a unit with the following accommodations?

☐ Wheelchair Accessibility ☐ Hearing Impaired Accessibility ☐ Visually Impaired Accessibility

- Is there anyone in the household subject to a lifetime state sex offender registration program in any state?

(Failure to answer this question may jeopardize the approval of this application.) ☐ Yes ☐ No

"If you or anyone in your family is a person with disabilities, and you require a specific accommodation in order to fully utilize our programs and services, please contact The Application Processing Center at (585) 697-7180"

_____ _____

Signature **Date**

You will receive written confirmation that we received this application plus information on the Violence Against Women Act. (VAWA)

Mail to: Rochester Housing Authority Attn: Application Processing Center
270 Lake Ave, Suite 300
Rochester NY 14608

The Rochester Housing Authority is committed to serving eligible applicants and will not discriminate against any person on the grounds of age, race, color, national origin, religion, sex, familial status, sexual orientation, marital status, or physical or mental disability.

© Rochester Housing Authority, 675 West Main Street, Rochester, NY 14611

All RHA properties are nonsmoking.

Autoridad de la Vivienda de Rochester

Solicitud de vivienda pública

Para solicitar un programa de vivienda subsidiada, complete esta solicitud. Para preguntas, llame al 585.697.7180

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____

Dirección:_____ Cuidad: _____ Estado:____ Código Postal: _____

Teléfono de su hogar::(_____) _____ - _____ Teléfono adicional:(_____) _____ - _____

Dirección del E-Mail: _____@ _____

Por favor, indique el TOTAL DE INGRESOS ANUALES de su familia. Si no tiene ingresos, indique 0: $ _____

Por favor indique qué FUENTE DE INGRESOS tiene su familia:

☐Salarios ☐Seguro Social ☐SSI/SSD ☐DHS ☐Otro subsidio ☐Otro (manutención de niños, etc.)

Genero: ☐ H ☐ M Fecha de nacimiento:____/___/____Numero de Seguro Social:_____-____-_____

Raza (opcional): ☐Caucásico ☐Africano/Afroamericano ☐Indio Americano ☐Asiático ☐El Pacifico/Isleño

Etnicidad (opcional): ☐Hispano ☐No-Hispano

Primer Nombre	Inicial segundo nombre	Apellido	Numero de Seguro Social	Relación con el solicitante	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Incapacitado? Si o No	¿Embarazada?
				Cabeza de familia				

(Un cuarto solamente) Si antes hay disponible un apartamento tipo estudio, ¿preferiría un estudio? ☐ Si ☐ No

(Un cuarto solamente) Estarías interesado en vivir en una comunidad apartamento en edificio? ☐ Si ☐ No

- ¿Ha hecho el servicio militar? ☐ Si ☐ No
- ¿Se encuentra actualmente sin hogar? ☐ Si ☐ No
- ¿Alguna persona de su hogar necesita una unidad con las siguientes adaptaciones?

☐ Accesibilidad para sillas de rueda ☐ Accesibilidad para discapacida auditiva ☐ Accesibilidad para discapacida visual

- ¿Hay alguien en su hogar que esté registrado de por vida como delincuente sexual en algún estado?

(Si no contesta a esta pregunta puede poner en riesgo la aprobación de esta solicitud). ☐ Si ☐ No

"Si usted o un miembro de su familia está incapacitado y requiere adaptaciones específicas para poder utilizar plenamente nuestros programas y servicios, sírvase llamar al Centro de Procesamiento de Solicitudes al (585) 697-7180".

_____ _____

Firma **Fecha**

Recibirá confirmación escrita de que hemos recibido esta solicitud e información sobre la Ley de Violencia de Género (VAWA).

Envíe por correo a: Rochester Housing Authority Attn: Application Processing Center
270 Lake Ave, Suite 300
Rochester NY 14608

La Autoridad de la Vivienda de Rochester está comprometida a servir a los solicitantes elegibles y no discriminará contra ninguna persona basándose en su edad, raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado familiar, orientación sexual, estado civil o incapacidad física o mental.

© Rochester Housing Authority, 675 West Main Street, Rochester, NY 14611

En todas las propiedades de RHA está prohibido fumar

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. Y**ou may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:	
Mailing Address:	
Telephone No:	**Cell Phone No:**
Name of Additional Contact Person or Organization:	
Address:	
Telephone No:	**cell Phone No:**
E-Mail Address (if applicable):	
Relationship to Applicant:	

Reason for Contact: (Check all that apply)

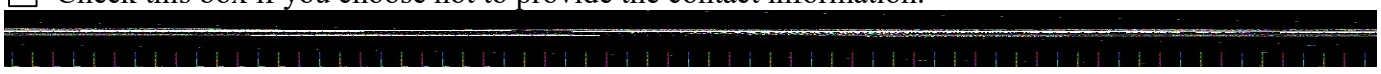
- ☐ Emergency
- ☐ Unable to contact you
- ☐ Termination of rental assistance
- ☐ Eviction from unit
- ☐ Late payment of rent
- ☐ Assist with Recertification Process
- ☐ Change in lease terms
- ☐ Change in house rules
- ☐ Other: _____

Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.

Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.

Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.

☐ Check this box if you choose not to provide the contact information.



Signature of Applicant **Date**

The information collection requirements contained in this fonn were submitted to the Offce of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone munber, and other relevant infonnation of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such infonnation is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplelnental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirelnents and program and management controls that prevent fraud, waste and Inismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.

El presente documento es la traducción de un documento legal emitido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD). El HUD le brinda esta traducción únicamente para su comodidad, con el objeto de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés de este documento es el documento oficial, legal y prevaleciente. El presente documento traducido no constituye un documento oficial.

N.º de control de OMB 2502-0581
Exp. (07/31/2012)

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:
Dirección postal:
N.º de teléfono: **N.º de teléfono celular:**
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:
Dirección:
N.º de teléfono: **N.º de teléfono celular:**
Dirección de correo electrónico (si corresponde):
Relación con el solicitante:

Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)

- ☐ Emergencia
- ☐ No es posible comunicarse con usted
- ☐ Rescisión de la asistencia de alquiler
- ☐ Desalojo de la unidad
- ☐ Pago atrasado de la renta
- ☐ Ayuda con el proceso de recertificación
- ☐ Cambio en los términos del arrendamiento
- ☐ Cambio en las reglas de la casa
- ☐ Otro: _____

Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.

Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.

Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.

☐ Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respalda los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.