

---

**Proceso de aplicación general**  
**Proyecto De Mujeres Para La Revitalización Comunal**  
**Oficina de Administración: 2036 N. 4th Street, Filadelfia, PA 19122**

---

**Paso 1: Someter la aplicación**

Envíe aplicación por correo completa y firmada a la oficina: 2036 N 4th Street, con fotocopias de los siguientes documentos:

1. Prueba de ingreso: copias de talonarios, carta del seguro social, SSI, manutención, etc.
2. Copia de Identificación con foto de cada miembro de familia mayor de 18 años
3. Copia de la tarjeta del seguro social y certificados de nacimiento de su familia
4. Pruebas de bienes: copias de los estados de cuenta bancaria, retiro, cooperativa, etc
5. Copias de certificado de matrimonio, divorcio, custodia parcial o completa del menor
6. Carta de medico verificando la necesidad de una unidad accesible
7. Carta de referencia de su actual arrendador
8. WCRP evaluará la aplicación, continuaremos trabajando con su aplicación, si esta cumple con los requisitos básicos

**Paso 2 Evaluación de historial de crédito y delitos**

**En este paso, someterá un giro postal de \$20 por cada miembro de familia mayor de 18 años, NO SE ACEPTA EFECTIVO O CHEQUES PERSONALES. WCRP no es responsable de giros postales que se pierdan en el correo, por tal razón, conserve el talonario del giro postal. Giro Postal debe ser dirigido a: WCRP.** WCRP pedirá el historial de crédito y delitos criminales para todos los miembros mayores de 18 años. De no someter el(los) giro(s) postal(es) su aplicación será descalificada.

**Paso 3 Entrevista Familiar**

Las familias serán contactadas por medio de un correo electrónico o carta para participar en una entrevista familiar. Debido a COVID 19, estaremos realizando dicha entrevista mediante ZOOM, DUO, o Whatsapp. También se coleccionarán los documentos pendientes. De no someter los documentos necesarios a la entrevista, su aplicación será descalificada.

**Paso 4 Visita al Hogar**

Debido a COVID 19, la inspección del hogar será por Zoom, Duo, o Whatsapp. La inspección del hogar se puede realizar durante su entrevista. De no estar en su hogar, podemos hacer otra cita para la inspección. De no cooperar con la inspección su aplicación será descalificada.

**WCRP solamente trabajará con las familias que cumplan con todos los pasos, de otra manera su aplicación será rechazada.**

*El proceso de las aplicaciones toma tiempo, le pedimos sea paciente. Si tiene preguntas acerca del proceso favor llamar a al 215-606-3574.*



<b>Fecha de Recibo:</b>	
<b>Hora de Recibo:</b>	
<b>Solicito unidad accesible:</b>	
<b>Numero de dormitorios:</b>	

**Uso Oficial:**

## Proyecto De Mujeres Para La Revitalización Comunal APPLICACION DE RENTA

**Composición Familiar:** Provea los Nombres del jefe de familia y todos los miembros de la familia que vivirán con usted. Nombre la relación que tiene con el jefe de familia.

Miembros	Nombre Completo	Relación	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Numero de Seguro Social.	Estudiante (si/no)
1		Jefe de familia					
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

**Estado Estudiantil:**

Todos los residentes son estudiantes de tiempo completo

Son los miembros del hogar padres/madres soltero(a)s con sus hijos

De los cuales ninguno es dependientes de una tercera persona  Si  No

Son los miembros del hogar casados y llenan planillas conjuntas  Si  No

Esta algún miembro de su familia registrado en un programa de Entrenamiento laboral comparado con el Acta de Entrenamiento Laboral  Si  No

Recibe algún miembro del hogar asistencia bajo el titulo IV del acta de Seguro social, AFDC, o TANF  Si  No

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ No Trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ **Método de comunicación preferido:** \_\_\_\_\_

Nombre del arrendador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Renta: \$ \_\_\_\_\_ Años en esta residencia: \_\_\_\_\_ Si es menos de tres años; provea su dirección anterior:

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Años en esta residencia: \_\_\_\_\_ Renta \$ \_\_\_\_\_



**EMPLEO:****JEFE DE FAMILIA:**

Empleo Actual: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Salario: \$ \_\_\_\_\_ por: (circule uno) Hora Semana Mensual Anual

Horas trabajadas a la semana: \_\_\_\_\_ Propinas o comisión a la semana: \$ \_\_\_\_\_ Bono Anual: \$ \_\_\_\_\_

¿Usted tiene más de un trabajo?  Si  No ¿Usted tiene cuenta de retiro? \_\_\_\_\_**CO-APPLICANTE/ OTRO ADULTO:**

Empleo actual: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Salario: \$ \_\_\_\_\_ por: (circule uno) Hora Semana Mensual Anual

Horas trabajadas a la semana: \_\_\_\_\_ Propinas o comisión a la semana: \$ \_\_\_\_\_ Bono Anual: \$ \_\_\_\_\_

¿Usted tiene más de un trabajo?  Si  No ¿Usted tiene cuenta de retiro? \_\_\_\_\_

Ingreso Anual: Reporte la fuente de ingreso y la cantidad que espera recibir durante los próximos 12 meses para cada miembro de su familia.

<b>FUENTE</b>	<b>APLICANTE</b>	<b>CO-APLICANTE</b>	<b>OTRO ADULTO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Ingreso Bruto</b>				
<b>Pago por horas extras</b>				
<b>Comisión/Propinas/ Honorario/Bonos</b>				
<b>Beneficio de Desempleo</b>				
<b>Compensación del Trabajo etc.</b>				
<b>Seguro Social</b>				
<b>Pensión/ Fondos de retiro, etc.</b>				
<b>Pensión alimenticia</b>				
<b>Asistencia Publica</b>				
<b>Ingreso de Negocio</b>				
<b>Regalía, ingreso periódico</b>				
			<b>TOTAL:</b>	

¿Espera algún miembro de su familia que no esté trabajando trabajar o recibir algún ingreso durante los próximos 12 meses?  Si  No

**Bienes:** Incluyen dinero en efectivo, valor de la propiedad en bienes y raíces, *inversión capital, bolsa de valores, inversiones, acciones, bonos, cuenta del mercado monetario, certificados de depósito, IRA's, fondos de retiro y pensión, 401K's, 403B's, propiedades lujosas (joyas, Arte, monedas de colección, etc...), etc. Usted debe también incluir valor total en efectivo, póliza de seguro de vida universal y también los valores de cualquier bien poseídos en los pasados 24 meses por menos del valor del mercado*

Bienes	VALOR EFFECTIVO	INGRESO DE BIENES	NOMBRE DE LA INSTITUCION FINANCIERA	NUMERO DE CUENTA
Cuenta de cheque				
Ahorros				
Certificado de ahorros				
Fondos mutuos/ Stocks/Bonds				
401K/IRA/Otra cuenta de retiro				
Propiedad				
Seguro de vida				
Bonos de Ahorro				
Otro				
<b>TOTAL:</b>				

¿Usted ha dispensado de sus bienes por menos del valor del mercado durante los últimos 24 meses?  Si  No

**Otros:**

*Se le han archivado en la oficina del distrito municipal cargos por desalojo por no haber pagado su renta o por alguna otra razón.*

Si  No

*¿Usted o algún miembro de su familia ha sido convicto por caso criminales?*

*(Solo omita las violaciones de tráfico, Guiando bajo la influencia es considerado un crimen.)*

Si  No

*¿Usted o Algún miembro de su hogar o persona que usted quiere que resida con usted ha sido puesto en libertad de la cárcel en los últimos 5 años?*

Si  No

*Hay alguna necesidad de vivienda especial o adaptación razonable que la familia requiera. Por ejemplo; vivienda para impedimento de movilidad, visión, audición, etc. Favor de especificar.*

*Si es aplicable, favor circule la mejor que describa su situación de vivienda: Duerme usted en un refugio de emergencia o en un lugar que no tenga los recursos para habitar por un ser humano, sé ha graduado de algún programa de vivienda temporera, ha sido exonerado de alguna institución u hogar de crianza. Explique*



**Contacto(s) en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

*Yo / Nosotros certificamos que, de ser seleccionado, la unidad será ocupada por mi/nosotros. Yo/ nosotros entendiendo que la información aquí colectada es para determinar mi elegibilidad. Yo autorizo/nosotros autorizamos al dueño/representante de verificar toda la información suministrada en esta aplicación y los contactos anteriores, arrendador actual, u otras fuentes para verificar su información incluyendo el crédito, el cual puede ser dada a las apropiadas agencias federales, estatales y locales. Yo/ nosotros certificamos que la declaración hecha en esta aplicación es cierta y completada en el mejor de mi/ nuestro conocimiento y creencia. Yo/nosotros comprendemos que información o declaración falsa es castigada por la ley federal.*

Todos los miembros adultos de la familia deben firmar debajo:

Firma del jefe de familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Co-aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Otro Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Otro Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dueño/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*De acuerdo con la colección de data la siguiente información es requerida por el departamento de vivienda y comunidad urbana (HUD), favor de proveer la siguiente información del jefe de familia.*

Raza	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco
<input type="checkbox"/> Negro/ Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático y blanco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano y Blanco
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio-Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro-Americano
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> Otras multirraciales
ETHNICIDAD	GENERO
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Femenino

Yo deniego el proveer esta información

*Nota: Sección 1001 del título 18 de los Estados Unidos considera una ofensa criminal el hacer falso declaración. a cualquier departamento u agencia de los Estados Unido*





**Applicant Screening Authorization Form**

Access Code: \_\_\_\_\_

**Applicant Information**

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I.</b>
<b>Date of Birth</b>	<b>Social Security Number</b>	
<b>Current Street Address</b>		
<b>City</b>	<b>State</b>	<b>Zip code</b>

**Co-Applicant Information**

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I.</b>
<b>Date of Birth</b>	<b>Social Security Number</b>	
<b>Current Street Address</b>		
<b>City</b>	<b>State</b>	<b>Zip code</b>

**Applicant Signature(s)**

By Signing below, , I/We authorize that the above information is correct and complete and hereby authorize Landlord to obtain information it deems desirable in the processing of my application, including; credit reports, civil or criminal actions, rental history , employment/salary details, police and vehicle records, and any relevant information. If I rent the unit, I understand the information on this form maybe maintained in a tenant database for up to 7 (seven) years after I vacate the premises.

Applicant: X \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Co-Applicant: X \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**National Tenant Network**

**Phone: (800) 422-8299 Fax: (888)885-7528**

**[www.ntlntnet.com](http://www.ntlntnet.com) E-mail: [philly@ntlntnet.com](mailto:philly@ntlntnet.com)**



