

**FRANKLIN ASSET MANAGEMENT CO., INC.**

**P. O. Box 99564**

**Louisville, Kentucky 40269**

**Sistema de retransmisión estatal TDD/TTY 711**

ES LA POLÍTICA DE ESTA COMPAÑÍA OFRECER VIVIENDAS SEGÚN EL PRINCIPIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. NO DISCRIMINAMOS EN FUNCIÓN DE RAZA, RELIGIÓN, COLOR, SEXO, ESTADO FAMILIAR, CREDO, ORIGEN NACIONAL, DISCAPACIDAD, ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD DE GÉNERO, ESTADO CIVIL O CUALQUIER OTRA CLASE PROTEGIDA INDICADA PARA CIUDADES O CONDADOS ESPECÍFICOS. SE CUMPLIRÁ CON TODOS LOS REQUISITOS DE VIVIENDA EQUITATIVA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA. ESTO INCLUIRÁ CUALQUIER OTRA CLASE DE PERSONA, TAL COMO LO ESTABLEZCAN LAS ORDENANZAS ESTATALES O LOCALES, SI CORRESPONDE.

Todas las personas que deseen solicitar la ocupación de la vivienda, ya sea en calidad de solicitante inicial de la vivienda o como una persona que posteriormente se unirá a un hogar con inquilino existente, tendrán la oportunidad de presentar una solicitud.

El prestatario o agente de alquiler les proporcionará a los posibles inquilinos una lista escrita (de ser necesaria) de toda la información que se requiere para presentar una solicitud completa y ofrecerá ayuda para completar la solicitud. Nos esforzaremos por proporcionar servicios externos si es necesario; por ejemplo, lenguaje de señas o intérprete.

Las personas con discapacidades tienen el derecho de solicitar adaptaciones razonables para participar en el proceso de audiencia.

---

**NOMBRE DE LA PROPIEDAD**

Jefe de hogar: \_\_\_\_\_  
N.º de seguro social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**TAMAÑO DEL DORMITORIO DESEADO**

N.º de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono durante la noche: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

Se podrá otorgar una asignación si califica en virtud de la definición de persona mayor, discapacitada o minusválida. ¿Desea solicitar esta asignación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se deberá verificar la elegibilidad.

Si solicita la asignación porque calificó según la definición de persona mayor, discapacitada o minusválida, ¿tendrá algún gasto médico de su bolsillo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar requiere adaptaciones especiales en la vivienda? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué adaptaciones se requieren? \_\_\_\_\_  
(En caso afirmativo, el administrador del sitio debe consultar el formulario FAM n.º 047 - Pautas para adaptaciones razonables).

¿Es usted o alguien en su hogar estudiante? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar planea convertirse en estudiante en los próximos 12 meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja o acoso? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, el administrador del sitio debe consultar el formulario FAM n.º H027A - Certificación de violencia doméstica, violencia de pareja o acoso.

---

**OTROS MIEMBROS QUE VIVEN EN EL HOGAR**

Nombre                                      Edad    Sexo    Parentesco                      Fecha de nacimiento                      N.º de seguro social  
(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**FUENTE DE INGRESOS DE TODAS LAS PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD**

Nombre                      Empleador                      Dirección                      Teléfono                      Duración del empleo Tarifa por hora o salario  
(incluya horas de trabajo por semana)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Usted o cualquier otro miembro adulto del hogar trabaja por cuenta propia? Si es así, ¿cuál es el ingreso mensual estimado?

¿Usted o algún miembro del hogar recibe ingresos de otra fuente?... (por ejemplo, fondos por desempleo, Seguro Social, resarcimiento por discapacidad, el Programa de asistencia transitoria de Kentucky (KTAP), el Programa de asistencia temporal a las familias necesitadas (TANF), pensión/anualidad, pago por servicios militares, beneficios de veteranos, resarcimiento por pulmón negro, apoyo informal, cualquier otra fuente, etc.) En caso afirmativo, marque con un círculo las fuentes e indique las cantidades recibidas: \_\_\_\_\_

---

**IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA**

¿Tiene o ha tenido alguna vez **derecho** a recibir beneficios de manutención infantil? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, indique el monto semanal de dicha manutención \_\_\_\_\_

¿Paga por el cuidado infantil a fin de poder trabajar o estudiar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, indique el nombre de la entidad o la persona a la que le paga: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
Monto que paga por semana: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar, incluidos los niños, tiene alguno de los siguientes activos? Cuenta de Christmas Club, certificados de depósito, bienes raíces, letras del tesoro, acciones o bonos, o cualquier otro activo?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuál tiene? \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar ha transferido un activo por un valor inferior al valor justo de mercado en los últimos dos años? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué activo se transfirió? \_\_\_\_\_  
Fecha de transferencia: \_\_\_\_\_ Monto recibido: \_\_\_\_\_ Valor de mercado: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar tiene una cuenta de cheques? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del banco: \_\_\_\_\_  
N.º de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar tiene una cuenta de ahorros? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, titular de la cuenta: \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del banco: \_\_\_\_\_  
N.º de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o alguien en su hogar algún otro tipo de cuenta bancaria? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, indíquelo en una hoja de papel aparte.

### **DIRECCIÓN ACTUAL**

(Si se postula como cosolicitante con residencia poco común, cada solicitante debe completar una solicitud previa individual).

Nombre(s) que figura(n) en el contrato de arrendamiento/la hipoteca: \_\_\_\_\_  
Dirección física: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Fecha de mudanza: \_\_\_\_\_  
¿Es usted inquilino en esta dirección? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre de la propiedad: \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, indique el nombre del propietario o del administrador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto paga de renta? \_\_\_\_\_ Motivo de la mudanza: \_\_\_\_\_  
Si esta persona es un pariente, ¿cuál es la relación? \_\_\_\_\_  
¿Es propietario de una vivienda? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Motivo de la mudanza: \_\_\_\_\_

### **DIRECCIÓN ANTERIOR**

(Complete esta sección si ha vivido en la dirección actual durante menos de tres años).

Nombre(s) que figura(n) en el contrato de arrendamiento/la hipoteca: \_\_\_\_\_  
Dirección física: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Fecha de mudanza: \_\_\_\_\_  
¿Era usted inquilino en esta dirección? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre de la propiedad: \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, indique el nombre del propietario o del administrador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto pagaba de renta? \_\_\_\_\_ Motivo de la mudanza: \_\_\_\_\_  
Si esta persona es un pariente, ¿cuál es la relación? \_\_\_\_\_  
¿Era propietario de una vivienda? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Motivo de la mudanza: \_\_\_\_\_

Indique cualquier otra dirección que haya tenido en los últimos tres años: \_\_\_\_\_  
Tiempo que vivió en cada dirección y número de teléfono del propietario: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted o algún miembro del hogar ha alquilado o arrendado una propiedad administrada por Franklin Asset?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique el período en años: \_\_\_\_\_

Nombre en el momento de la ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la propiedad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted o algún miembro del hogar ha alquilado o arrendado una propiedad subsidiada por el gobierno?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique el período en años: \_\_\_\_\_

Nombre en el momento de la ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la propiedad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro del hogar ha vivido en otro estado?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿en qué estado(s)? \_\_\_\_\_

¿Tiene mascota? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Se recomienda que el Arrendatario cuente con su propia cobertura de seguro para proteger sus bienes personales contra incendio, robo u otro incidente (Póliza de seguro del arrendatario). El Arrendador cuenta con una cobertura de seguro que cubre únicamente su propiedad, no los bienes personales del Arrendatario. Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído estas declaraciones. \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro del hogar consume actualmente alguna sustancia ilegal controlada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted o algún miembro del hogar ha sido condenado por el uso ilegal de una sustancia controlada?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted o algún miembro del hogar ha sido condenado por la fabricación o distribución ilegal de una sustancia controlada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente a alguna de las tres preguntas anteriores, ¿usted o un miembro del hogar completó correctamente un programa de recuperación de abuso de sustancias controladas o participa actualmente en dicho programa?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique la fecha de finalización \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro del hogar ha sido condenado por algún delito sexual, incluido ser declarado un agresor sexual de por vida? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique dónde: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted o algún miembro del hogar ha sido condenado por alguna actividad delictiva que haya amenazado la salud, la seguridad y el bienestar de otra persona (un delito que haya involucrado comportamiento violento y amenazante como apuntar cualquier tipo de arma a una persona o propiedad)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tipo de cargos penales pendientes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro del hogar tiene un historial crónico o injustificado de falta de pago de alquiler u obligaciones financieras? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro del hogar tienen un historial de hábitos de vida (o hábitos de limpieza) que representen una amenaza directa para la salud y la seguridad de otras personas o cuya tenencia haya causado daños físicos importantes a la propiedad de otros? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro del hogar ha tenido un historial de molestias a los vecinos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro del hogar ha tenido un historial de incumplimiento de las condiciones de contratos de alquiler anteriores, especialmente de aquellos que dieron lugar al desalojo de la vivienda o la finalización del contrato de una propiedad residencial?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

**ESTA SOLICITUD ES CONFIDENCIAL  
Y SE CONSERVARÁ EN SU EXPEDIENTE PRIVADO PARA NUESTRO USO.**

---

*ENTIENDO: Que las declaraciones hechas en esta solicitud se consideran parte de mi contrato de alquiler (si se aceptan) y la aprobación o desaprobación se basará en la información proporcionada en este documento. Si en algún momento se determina que la información que he proporcionado es falsa, se considerará un incumplimiento del contrato de alquiler y se tomarán las medidas correspondientes. Certifico que la unidad de vivienda que ocuparé será mi residencia permanente. Certifico además que no mantendré una unidad de alquiler subsidiada aparte en una ubicación diferente. Certifico además que la asistencia o el alquiler de mi familia en un programa de vivienda del gobierno nunca se ha rescindido por fraude, falta de pago del alquiler o por no cooperar con los procedimientos de recertificación. Además, entiendo que las sanciones por brindar información falsa incluyen desalojo, pérdida de la asistencia, multas de hasta \$10,000 y encarcelamiento de hasta cinco (5) años. Por la presente doy mi consentimiento para divulgar los datos de ajuste de salarios al Servicio de Vivienda Rural (RHS) y al prestatario o agente de alquiler.*

**Doy fe de que toda la información del hogar provista en esta solicitud es correcta y verdadera según mi leal saber y entender.**

FIRMA DEL JEFE DEL HOGAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

---

**PARA PROPIEDADES DE DESARROLLO RURAL (RD):**

“La información sobre raza, origen étnico y sexo que debe indicarse en esta solicitud se pide para garantizarle al Gobierno Federal, que actúa a través del Servicio de Vivienda Rural, que se cumplan las leyes federales que prohíben la discriminación contra las solicitudes de inquilinos por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, estado familiar, edad e incapacidad. No tiene la obligación de proporcionar esta información, pero se lo insta a hacerlo. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminarlo de ninguna manera. Sin embargo, si elige no proporcionarla, el propietario tiene la obligación de indicar la raza, el origen étnico y el sexo de los solicitantes individuales en función de la observación visual o el apellido”.

Origen étnico del jefe del hogar:            Hispano o latino \_\_\_\_\_            No hispano ni latino \_\_\_\_\_

Raza del jefe del hogar: (Marque una o más opciones)    Nativo estadounidense/de Alaska \_\_\_\_\_    Asiático \_\_\_\_\_  
Negro o afroamericano \_\_\_\_\_    Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico \_\_\_\_\_    Blanco \_\_\_\_\_

Género del jefe del hogar:            Masculino \_\_\_\_\_            Femenino \_\_\_\_\_            Elige no responder \_\_\_\_\_

De acuerdo con las leyes federales y la política del Departamento de Agricultura de los EE. UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). “El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.”

---

**SOLO PARA PROPIEDADES DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA (HUD):**

La Oficina de Alquileres deberá obtener copias de las tarjetas del Seguro Social, formularios INS y certificados de nacimiento antes de que esta solicitud se considere completa.

Origen étnico del jefe del hogar:            Hispano o latino \_\_\_\_\_            No hispano ni latino \_\_\_\_\_

Raza del jefe del hogar: (Marque una o más opciones)    Nativo estadounidense/de Alaska \_\_\_\_\_    Asiático \_\_\_\_\_  
Negro o afroamericano \_\_\_\_\_    Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico \_\_\_\_\_    Blanco \_\_\_\_\_

¿Ha sido desplazado de un área de renovación urbana, o como resultado de una acción gubernamental, o como resultado de un desastre determinado como un desastre significativo por el Presidente?            Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Las quejas de discriminación para las propiedades de HUD se pueden enviar a HUD, Assistant Secretary of Fair Housing and Equal Opportunity, Washington, D.C. 20410.

---

**EXCLUSIVO PARA USO OFICIAL:**

FECHA Y HORA DE ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD EN LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GERENTE: \_\_\_\_\_