

YWCA DE SALT LAKE CITY
PROGRAMA DE VIVIENDA DE TRANSICION KATHLEEN ROBISON HUNTSMAN
Instrucciones para la solicitud

(Favor de leer y seguir las instrucciones cuidadosamente, después desprenda esta página y guarde para su archivo)

1. **Seguir la lista de verificación (ver la lista adjunta) y entregar el paquete de solicitud con la información completa y copias de la documentación requerida.** La entrega de documentación al inicio del proceso es necesaria para determinar elegibilidad y el avance en el proceso de solicitud. Favor de anotar: No se procesarán solicitudes incompletas.
2. **La agencia o fuente de remisión debe completar y regresar la página “Agency Referral Form” y firmar el formulario “Confirmación de Utilidades KRH.”** El formulario de remisión se puede regresar a la solicitante para incluirse con la solicitud completada o la persona que complete el formulario puede mandarlo directamente por fax a YWCA.
3. **Regresar el paquete de solicitud** a la Recepcionista de YWCA , o mandar por correo a la 322 East 300 South Salt Lake City, UT 84111 o por fax al (801) 355-2826. Attn: KRH Program Director.
4. **Las solicitantes que reúnan los requerimientos básicos de elegibilidad tendrán una entrevista para evaluar si reúnen los criterios de aceptación y participación.** Se contactará a la solicitante por medio de su número de hogar (refugio) o número de trabajo. Será la responsabilidad de la participante regresar llamadas. Favor de hacer arreglos de guardería para esta entrevista. Después de entrevistar a la solicitante, se pueden asignar tareas adicionales y se puede requerir documentación adicional. La solicitante recibirá un plazo límite para regresar esta documentación para poder mantener la solicitud abierta y poder entrar en la lista de espera.
5. **Historial de Antecedentes Criminales.** Todos los solicitantes serán verificados por medio de un chequeo de historial de antecedentes criminales.
6. **Solicitantes elegibles serán puestas en una lista de espera.** Es muy importante que tengamos información de contacto actual para que nos contactemos con usted cuando tengamos un lugar disponible. Si no nos podemos comunicar con usted, la solicitud se cerrará.
7. **Poliza de Cancelación** -Si cancela su entrevista más de dos veces, no se programará otra entrevista. Tendrá que esperar 30 días y entregar una nueva solicitud.
8. **Poliza Si No se Presenta**-Si no se presenta a su entrevista programada, no se volverá a re-programar. Tendrá que entregar una nueva solicitud después de 30 días.



SOLICITUD DE PROGRAMA DE VIVIENDA KATHLEEN ROBISON HUNTSMAN

YWCA of Salt Lake City
322 East 300 South
Salt Lake City, UT 84111
Teléfono (801) 537-8600



El Programa de Vivienda de Kathleen Robison Huntsman (KRH) de la YWCA es un programa de vivienda de transición de 24 meses para las familias que están actualmente sin hogar como resultado de la violencia familiar. El programa provee a las mujeres con un apartamento de dos a tres cuartos, cuarto de lavandería, servicios de trabajo social y grupos de apoyo. Las residentes junto con su trabajadora social se ponen metas de auto-suficiencia y trabajan para lograr esas metas al participar en el programa. Las rentas son parcialmente subsidiadas por el Departamento de Vivienda de Salt Lake City.

Criterios de Aceptación y Participación:

- La solicitante debe ser recientes víctimas de violencia familiar. La solicitante puede ser recomendada por otra agencia comunitaria o proveedora de servicios. La solicitante que sea referida por su propia cuenta debe proporcionar documentación de violencia familiar.
- La solicitante debe ser una mujer mayor de 18 años.
- La solicitante debe estar embarazada, ser la cabeza de la familia y/o responsable principal del cuidado de sus hijos.
- La solicitante debe estar sin hogar como resultado de la violencia familiar.
- La solicitante no puede haber sido convicta de un crimen violento.
- La solicitante debe tener la capacidad y deseo de volverse auto suficiente y terminar el ciclo de la violencia familiar.
- La solicitante debe estar involucrada o demostrar capacidad de involucrarse en empleo, entrenamiento para empleo, escuela o trabajo voluntario. Son aceptables los Fondos de Asistencia General o discapacidad siempre y cuando la residente esté activamente involucrada en un programa de entrenamiento, escuela y/o buscando trabajo.
- La solicitante debe estar dispuesta y ser capaz de participar activamente en el programa de servicios de KRH. Deben trabajar específicamente en un plan de auto-suficiencia con su trabajadora social, asistir a los grupos y servicios terapéuticos cuando sea necesario, trabajar o ir a la escuela por 20 horas a la semana.
- Los servicios de apoyo de este programa NO incluyen terapia o suministro de medicamentos.
- La solicitante debe ser capaz de actuar apropiadamente dentro de la comunidad, cuidarse por sí sola y de sus hijos sin requerir asistencia con sus actividades diarias o requerir servicios de cuidado mental fuera de lo recomendado por su trabajadora social de KRH. La solicitante debe ser capaz de suministrar responsablemente las medicaciones propias y de sus hijos.
- La solicitante debe ser libre de dependencia de drogas o alcohol y debe estar libre y sobria por lo menos 90 días antes de la fecha de solicitud. Aquellas con historial de abuso de drogas deben proporcionar documentación acerca de su participación en un programa de tratamiento de abuso de drogas.
- La solicitante debe mostrar la capacidad de vivir con mujeres y niños de diversas poblaciones y respetar los diferentes estilos de vida y opciones.
- La solicitante debe poder establecer cuentas de utilidades (gas y electricidad) en su propio nombre.
- La solicitante debe completar la solicitud, proporcionar toda la información requerida y completar una entrevista con el personal de programación de vivienda de KRH.
- La solicitante debe acordar seguir las normas y reglamentos y la misión de YWCA.

Kathleen Robison Huntsman (KRH)
Lista de Verificación del Paquete de Solicitud

Para poder procesar su solicitud, favor de proporcionar todo lo siguiente en su paquete de solicitud. Completar tan a fondo como sea posible, no se procesarán paquetes incompletos.

Información de Indentificación:

- ___ Copia del carnet de identidad de todos los adultos del hogar
- ___ Copia de las actas de nacimiento de todos los niños de la familia que vivirán en KRH

Comprobante de Ingreso:

- ___ Copia de todos los comprobantes de ingreso en la forma de:
 - ___ dos (2) talones de pago más recientes
 - o
 - ___ carta de empleo verificando horas, fecha que fue empleada, y tasa de pago de su empresario actual
 - o
 - ___ declaración de asistencia impresa o de cualquier otro ingreso como, TANF, ORS, manutención de hijos, etc.

Información de Ciudadanía:

(Todas las familias solicitantes deben tener por lo menos un miembro que sea ciudadano de los EUA y/o que sea documentado para poder calificar para el Programa de KRH.)

- ___ Copia de los Seguros Sociales de todos los miembros que tengan número de seguro social

y:

- ___ Copia de la tarjeta de residente, formulario I-94, formulario del estatuto de refugiado o documentación de otro estatuto de los miembros de la familia que no tienen número de seguro social

Información General de Elegibilidad:

- ___ Formulario de “Confirmación de Utilidades KRH” (completado y firmado por ambos, la solitante y el trabajador de la agencia de referencia)
- ___ Formulario “Agency Referral Form” (completado por un trabajador de la agencia de referencia)
- ___ Solicitud del Programa de KRH completa



AGENCY REFERRAL FORM
FORMULARIO DE REFERENCIA DE LA AGENCIA

Yo pido y autorizo que la fuente de referencia mencionada abajo comparta con el programa de KRH información pertinente a la situación social, médica, psicológica y de drogas, mía y de mis hijos con propósito de determinar elegibilidad.

Firma de la Solicitante

Fecha

This portion must be completed by the worker in the applicant's referral agency. Acceptable referral sources include: shelter workers, licensed therapists, substance abuse counselors, DCFS workers, or school counselors.

Applicant name: _____ (please print)

Referral Agency: _____

Agency Name

Program Name

Referred by: _____

Name

phone

Referral Source: please answer the following questions in complete, descriptive sentences, then submit form with application or fax to (801) 355-2826 (ATTN: KRH Program)

1. Please describe the family's domestic violence history and current situation:

2. Please describe the family's current living situation:

3. What services has your agency provided this family?

4. Please describe the family's strengths:

5. Please describe what you believe to be the family's weaknesses:

6. Please describe any history of drug or alcohol abuse in this family:

Confirmación de Utilidades KRH

Para poder calificar para el Programa de Kathleen Robison Huntsman Program, las solicitantes deben entregar documentación que detalle la habilidad de establecer utilidades en su propio nombre. Favor de llamar a cada una de las compañías de utilidades de abajo y pregunte sobre el estado de su cuenta.

(Trabajador de Referencia: Favor de llamar con su solicitante acerca de estos saldos y entonces firmar abajo para confirmar que asistió con la información dada.)

Nombre de la Solicitante: _____

Información de saldo de cuenta previo:

Rocky Mountain Power (888-221-7070)

- Tengo un saldo con Rocky Mountain Power que está vencido:

Saldo vencido: \$_____ Plan de Pago Establecido: si no

o

- Verifiqué con Rocky Mountain Power y no tengo un saldo previo. No hay nada que me impida establecer una cuenta con mi propio nombre.

Questar Gas (800-323-5517)

- Tengo un balance con Questar Gas que está vencido:

Balance vencido: \$_____ Plan de Pago Establecido: si no

o

- Verifiqué con Questar Gas y no tengo un saldo previo. No hay nada que me impida establecer una cuenta con mi propio nombre.

Nombre de la Solicitante

Firma

Fecha

Nombre del Trabajador

Firma

Fecha

Favor de entregar este formulario con sus otros materiales de solicitud.

Solicitud del Programa Kathleen Robison Huntsman

Información General

<i>Fecha de Hoy</i>	<i>Nombre</i>	<i>Apellido</i>
<i>No. de Seguro Social</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Edad</i>
<i>Domicilio Actual</i>	<i>No. de Teléfono</i>	<i>No. en su trabajo</i>
<i>Ciudad,</i> <i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	

Fui referido al programa de Kathleen Robison Huntsman por: _____
(Esta persona debe completar el adjuto formulario llamado ‘agency referral form’.)

Nombre de la persona que podemos contactar si no podemos comunicarnos al domicilio de arriba:

<i>Relación</i>	<i>Nombre</i>	<i>Apellido</i>
<i>Domicilio Actual</i>	<i>No. de Teléfono</i>	<i>No. en su trabajo</i>

Estatus de Ciudadanía:

¿Fue usted nacida en los Estados Unidos de América? Si _____ No _____

Si no:

¿Hace cuanto tiempo vive en los Estados Unidos? _____

¿Cuál es su estatus migratorio hasta el día de hoy?

¿Tiene permiso de trabajar? _____

¿Es alguno de sus hijos ciudadano de los Estados Unidos? _____

Si si, ¿Cual(es)? _____

¿Cuál es su idioma natal? _____ ¿Necesita un interprete? _____

Favor de enlistar los arrestos/convicciones, con fecha, que aparecerían en su historial de antecedentes criminales. (Tal vez se le requira entregar documentos de la corte o reportes de policía.)

Favor de enlistar los nombres de todos los miembros de su familia que vivirían en los apartamentos KRH:

Situación Actual

¿Cuál es su situación de vida actualmente?

Refugio de Mujeres Maltratadas YWCA		Vivienda de alquiler. Si si, ¿los están actualmente desalojando? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Otro refugio: nombre del refugio		Instalació de tratamiento de salud mental o abuso de substancias dañinas	
Vive en la calle (i.e. en su carro, parque, acera, edificio abandonado)		Viviendo con la pareja abusiva	
Programa de Vivienda Transicional: nombre del programa		Otra .Favor explicar.	

Favor de explicar el incidente de violencia familiar más reciente, junto con fecha aproximada:

Nombre del Agresor

Nombre	Apellido	Relación
Paradero Actual		

Fuente de Ingreso

¿Cuál es su ingreso mensual total? \$ _____

¿Cuál es su forma(s) de ingreso actual(es)?

salarios/sueldos		Asistencia del Bienestar Social		desempleo	
manutención de los hijos		Otra: explicar		Seguro Social (aseguranza de discapacidad)	

¿Está trabajando actualmente? si no

Favor de enlistar abajo su situación actual de empleo:

I. Empresario:	Cargo desempeñado:	Duración de empleo:
Dirección:	Supervisor:	Teléfono:

¿Está dispuesta a trabajar, asistir a la escuela, o entrenar para un empleo o voluntariarse mientras participa en este programa para incrementar su auto suficiencia? si no

Información Física y Mental

¿Tiene alguna condición de salud que le de problemas crónicos? si no

Si si, favor de explicar:

Medicamento(s) Actual(es) (incluir nombre del medicamento, para que se lo recetaron y con que frecuencia lo toma):

MEDICAMENTO	RECETADO PARA	FRECUENCIA DE USO

¿Está actualmente viendo a un consejero/terapeuta? si no

Terapeuta/Nombre de la Agencia_____

Dirección_____ Teléfono_____

¿Usted o sus hijos tienen problemas físicos, mentales o emocionales para los que esté recibiendo tratamiento ahora? si no

¿Ha tenido historia de hospitalización for enfermedades físicas/mentales (aparte de sus partos)?

si no

Si si, favor de explicar:

Hijos

Favor de completar lo siguiente por cada de sus hijos menores de 18 años, aún si no viven con usted.

<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>¿Quién tiene custodia de este(a) hijo(a)?</i>
<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>¿Quién tiene custodia de este(a) hijo(a)?</i>
<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>¿Quién tiene custodia de este(a) hijo(a)?</i>
<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>¿Quién tiene custodia de este(a) hijo(a)?</i>
<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>¿Quién tiene custodia de este(a) hijo(a)?</i>
<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>¿Quién tiene custodia de este(a) hijo(a)?</i>

¿Tiene algún hijo que haya estado involucrado con la corte juvenil? Si No

Si si, Favor de explicar:

This application is not a rental agreement, contract or lease. All applications are subject to the approval of the owner or managing agent.

Esta solicitud no es un acuerdo de alquiler, contrato o contrato de arrendamiento. Todas las solicitudes están sujetas a la aprobación del dueño o la gestión del agente.

DRUG FREE ZONE: It is our aim to ensure that this apartment community is a drug-free zone. The use and sale of controlled substances will not be tolerated. By signing this application from, I verify my support for this policy.

ZONA LIBRE DE DROGAS: Es nuestro objetivo asegurarnos que esta comunidad de apartamentos sean una zona libre de drogas. No se tolerará el uso y venta de sustancias controladas. Al firmar ésta solicitud, yo verifico mi apoyo a ésta poliza.

CONSENT: I/we have authorized and direct any Federal, State, or local agency, organization, business or individual to release to the Kathleen Robison Huntsman Apartments any information or materials needed to complete and verify my application for residency with the Kathleen Robison Huntsman Apartments.

CONSENTIMIENTO: Yo/nosotros he/mos autorizado y pedimos a cualquier agencia, organización, negocio o individuo de carácter Federal, Estatal o local que comparta con los apartamentos Kathleen Robison Huntsman cualquier información o materiales necesarios para completar y verificar mi solicitud para residir en los apartamentos Kathleen Robison Huntsman.

INFORMATION COVERED

I understand that depending on adopted policies and requirements, previous or current information regarding my household may be handed. Verifications and inquiries that may be requested include but, are not limited to:

INFORMACION ABARCADA

Yo entiendo que dependiendo de las políticas y requerimientos adoptados, se puede solicitar la información de mi hogar previa y actual. Las verificaciones e investigaciones de información que se pueden requerir, incluyen pero nos se limitan a:

Identity and Marital Status/ <i>Identidad y Estado Civil</i>	Employment, Income, and Assets/ <i>Empleo, Ingresos y Activos</i>	Residences and Rental Activity/ <i>Residencias y Alquileres</i>
Credit History/ <i>Historial De Crédito</i>	Criminal Activity/ <i>Actividad Criminal</i>	

GROUPS OR INDIVIDUALS THAT MAY BE ASKED:

The groups or individuals that may be asked to release the above information (depending on location requirements include but are not limited to)

GRUPOS O INDIVIDUOS QUE SE PUEDEN INTERROGAR:

Los grupos o individuos a los que se les pueden pedir que compartan la información señalada (dependiendo de los requisitos de la ubicación incluyen pero nos se limitan a)

Previous Landlords/ <i>Caseros Anteriores</i>	Past and Present Employers/ <i>Empleadores previos y actuales</i>	Banks and Financial Institutions/ <i>Instituciones Bancarias y Financieras</i>
Law Enforcement Agencies <i>Agencias de Aplicación de la Ley</i>	State Unemployment Agencies/ <i>Agencias Estatales de Desempleo</i>	Credit Bureaus and Providers/ <i>Oficinas y Proveedores de Crédito</i>
Schools and Colleges/ <i>Escuelas y Colegios</i>	Retirement Systems/ <i>Sistemas de Jubilación</i>	Utility Companies/ <i>Compañías de Utilidades</i>
Courts and Post offices/	Social Security Administration/	Aging Services/ <i>Servicios a las Personas de la Tercera Edad</i>

<i>Oficinas Postales y Judiciales</i>	<i>Administración del Seguro Social</i>	
<i>Veterans Administration/ Administración de los Veteranos</i>	<i>Welfare Agencies/ Agencias de Bienestar Social</i>	<i>Support or Alimony Providers/ Proveedores de manutención y de Pensión Alimenticia</i>

General Information/Datos Generales

Name/Nombre: _____

Address/ Dirección: _____

Zip/Código postal _____

Home phone/Teléfono de casa _____

Work Phone/Teléfono del trabajo _____

List all persons who live with you/ Enlistar a las personas que viven con usted:

<i>Full Name/ Nombre Completo</i>	<i>Relationship to Head/ Tipo de relación con la cabeza de familia</i>	<i>Social Security #/ Número de Seguridad Social</i>	<i>D.O.B/ Fecha de Nacimiento</i>	<i>Place of Birth/ Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado)</i>	<i>Sex/ Sexo</i>

Are you participating in a government funded training program such as JTPA or PASS? No Yes

If yes, which program: _____

Está participando actualmente en un programa de entrenamiento patrocinado por el gobierno como ASUTPA o PASS? No Si

Si contestó sí, nombre el programa: _____

TOTAL HOUSEHOLD INCOME/ INGRESO TOTAL DEL HOGAR

List all money earned or recieved by everyone in your household. This includes money from wages, self-employment, child support, contributions, Social Security, disability payments (SSI), Workers Compensation, retirement benefits, AFDC, Veterans Benefits, rental property income, stock dividends, income from bank accounts, alimony, student income, and any other source. If you receive any of the incomes listed above, please list amount received below.

Enlistar todo el dinero ganado o recibido por todos en su hogar. Esto incluye su salario, ganancias por auto-empleo, manutención de menores, contribuciones, Seguro Social, pagos de incapacidad (SSI), indemnizaciones de empleo, prestaciones de jubilación, AFDC, Beneficios a los Veteranos, ingreso de alquiler de propiedades, dividendo de Mercado de valores, ganancias de intereses de cuentas bancarias, pensión alimenticia, ingreso de estudiante y cualquier otro ingreso. Si recibe ingreso de cualquiera de estas fuentes, favor de

enlistar la cantidad abajo:

Household member/ <i>Miembro de la Familia</i>	Source of income/ <i>Fuente de Ingreso</i>	Amount received per month/ <i>Cantidad recibida por mes</i>	Employment income per hour/ <i>Ingresos de empleo por hora</i>	Employment hours per week/ <i>Horas de empleo por semana</i>

Is your family currently receiving food stamps? No Yes
Está su familia actualmente recibiendo estampillas de comida? NO SI

Is your family currently receiving Medicaid/ Children's Health Insurance Program (CHIP)?
 No Yes
Está su familia actualmente recibiendo Medicaid/ (CHIP) Programa de Seguro Médico para Niños? No SI

ASSETS: Do you have any of the following: No Yes If yes, please fill out and provide verification.
ACTIVOS: ¿Tiene alguno de los siguientes? No Si. Si si, Favor de completar y proporcionar verificación.

Checking Acct#/Num.de cuenta corriente _____ Balance \$

 Name of Bank/Nombre del Banco

Savings acct#/Num de cuenta de ahorros _____ Balance \$

 Name of Bank/Nombre del Banco

 Money Market Account/Cuenta de Mercado Monetario

 Name of Bank/Nombre del Banco

Do you own any bonds?/¿Tienes algún tipo de bonos? _____

Aproximate Value/Valor aproximado _____

Do you own any real estate?/ ¿Tiene propiedades de bienes y raíces?

 Aproximate Value/Valor aproximado

CHILD CARE EXPENSES/ GASTO POR CUIDADO DE NIÑOS
 Provide Verification of your Childcare Costs/ Proporcionar verificación de sus gastos por cuidado de sus niños

Do you pay for babysitting? No Yes If yes please fill out.
¿Paga a Niñera? No Si Si si, favor de completar:

 Provider's Name/ Nombre del Proveedor de Cuidados

 Provider's address/Dirección del Proveedor

 Zip/Código Postal

 Telephone number/Número de teléfono

 Number of children receiving child care services/ Número de hijos que reciben servicios de cuidado

EDUCATION/ TRAINING/ EDUCACIÓN / ENTRENAMIENTO: Please check level of education for Head of Household/ Favor marcar el nivel educativo de la cabeza de familia:

GED High School/Preparatoria
 College/Universidad
 Vocational Job/Trabajo vocacional

Number of years of school completed by head of household _____
 Número de años de escuela completados por el cabeza de familia _____

CHILD SUPPORT/MANUTENCIÓN DE MENORES:

Do you receive child support from the Office of Recovery Services (ORS) / ¿Recibe manutención de los hijos de la Oficina Recuperación (ORS)?

NO YES/SI

If you answered yes, please provide verification/Si contestó si, favor de proporcionar verificación.

Is child support received from an Absent Parent/¿Recibe manutención de los hijos de un Padre Ausente? NO YES/SI.

If you answered yes, please fill out and provide a statement from the absent parent/ Si contesto que si, favor de completar y proporcionar una declaración del padre ausente.

We need to have the absent parent's name and current address/ Necesitamos el nombre del padre y su domicilio actual

Child's Name/ Nombre del Niño	Absent Parent's Full Name/ Nombre Completo del Padre Ausente	Absent Parents address/ Dirección completa del padre ausente

Please answer each question completely. If you have answered yes, complete the additional information/ Favor de contestar cada una de las preguntas en su totalidad. Si contesta que si, completar la información adicional.

Question/Pregunta	Yes/Si	No	Additional Information/ Información Adicional
Are any household members full time students?/ ¿Es algún miembro de la familia estudiante a tiempo completo?			Who? /¿Quién?
Are any household members temporarily absent?/ ¿Está algún miembro de la familia			Who? /¿Quién?

temporalmente ausente?			
Are any household members permanently absent?/ <i>¿Está algún miembro de la familia permanentemente ausente?</i>			Who? /¿Quién?
Are you separated, but <u>not</u> divorced from your spouse?/ <i>¿Está usted separada pero <u>no</u> divorciada de su esposo?</i>			
Will you be receiving housing assistance from a local agency? <i>¿Recibirá asistencia para vivienda de alguna agencia local?</i>	X		Agency? /¿Qué agencia? HASLC

VEHICLE INFORMATION /INFORMACION DEL VEHICULO

Make: _____ Model: _____ Color: _____ Year: _____
Lic # _____ State: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____
Año _____ #Placa _____ Estado _____

EMERGENCY REFERENCES /REFERENCIAS PARA CASOS DE EMERGENCIA

Please provide the names of two people who can be contacted in case of emergency/
Favor de proporcionar los nombres de dos personas que puedan ser contactadas en caso de emergencia:

Name/Nombre _____ Phone/Teléfono _____

Address/Dirección _____

Relationship/Relación _____

Name/Nombre _____ Phone/Teléfono _____

Address/Dirección _____

Relationship/Relación _____

COMPUTER MATCHING NOTICE AND CONSENT/ NOTIFICACION Y CONSETIMIENTO DE COTEJO INFORMATICO

I understand and agree that the Kathleen Robison Huntsman Apartments may conduct computer matching programs to verify the information supplied on my application. If a computer match is done, I understand that I have a right to notification of any adverse information found and a chance to disprove that information.

Entiendo y estoy de acuerdo en que los apartamentos Kathleen Robison Huntsman

lleven a cabo un cotejo informático de programas para verificar la información suministrada en mi solicitud. Si hay una coincidencia, entiendo que tengo el derecho de ser notificada si se encontró información adversa y tener la oportunidad de refutar esa información.

SIGNATURE CLAUSE / CLAUSULA DE FIRMA

I/We certify that answers given herein are true and complete to the best of my knowledge. I authorize investigation of all statements container in this application for continued residency as may be necessary. I understand that any misrepresentation may result in the denial of my application. I authorize the Kathleen Robison Huntsman Apartments, its subsidiaries, and its agents to investigate my credit worthiness through any credit bureau or other reasonable means. I have read this application and understand it.

Yo/Nosotros certificamos que las respuestas dadas aquí son verdaderas y completas a lo mejor de mi conocimiento. Si es necesario, yo autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta solucitud para continuar residencia. Yo entiendo que cualquier falsedad puede resultar en la negación de mi solicitud. Yo autorizo a los apartamentos Kathleen Robison Huntsman, sus filiales y sus agentes que investiguen la validez de mi credito através de las oficinas de crédito o por otros medios adecuados. He leído esta solicitud y la entiendo.

ALL ADULT FAMILY MEMBERS OF THIS HOUSEHOLD MUST SIGN BELOW

TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DE LA FAMILIA DEBEN FIRMAR ABAJO:

PRINTED NAME/ NOMBRE IMPRESO	SOCIAL-SEC# # SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO	SIGNATURE/ FIRMA	DATE/ FECHA DE HOY