

VERIFICAÇÃO DE CONTA BANCÁRIA

(A utilização de corretivo, ou alteração da informação original anulará este documento)

Nome do Programa:	Identificação da unidade:	Data:	
Solicitante/Inquilino:	SSN(CPF Americano):		
Contato Bancário:			
Nome do Banco:	Pessoa de Contato:		
Endereço:	Telefone:	Fax:	
Cidade:	Estado:	CEP:	E-mail:

A Minha Assinatura Autoriza a Verificação das Informações da Minha Conta Bancária:

Assinatura do Solicitante/Inquilino

Data

O indivíduo mencionado acima é o solicitante/inquilino do IRC 42 Programa de Crédito Habitacional para pessoas de Baixa Renda. As informações dadas devem ser utilizadas para o propósito de admissibilidade para o programa e permanecem confidenciais apenas a satisfação do objetivo declarado. A sua resposta rápida é crucial e será muito apreciada.

Atentamente,

BARBARA HOFFMAN
(Assinatura) Responsável pelo programa/Gerente

ENVIE ESSE FORMULÁRIO PARA:
Dukes County Regional Housing Authority
PO Box 4538, Vineyard Haven MA 02568
Fax 508 693 5710 Ph 508 693 4419
Email: Barbara@housingauthoritymv.org

Essa parte deve ser preenchida pelo banco

Número da Conta Corrente	Média de saldo dos últimos 6 meses	Taxa de Juros	Saldo Atual
	\$	%	\$
	\$	%	\$
	\$	%	\$
	\$	%	\$
Número da Conta Poupança	Saldo Atual	Taxa de Juros	
	\$	%	
	\$	%	
	\$	%	
	\$	%	
Outras Contas:	Saldo Atual	Taxa de Juros	Multa de Saque
	\$	%	\$
	\$	%	\$

Se tiver investimentos de aposentadoria detidos, foram feitos saques? [] Sim [] Não, Valor \$ _____ Frequência _____

Se for necessário espaço adicional, anexe uma folha separada com informação, data e assinatura.

Assinatura

Data

Nome e Cargo do Informante

Telefone

Fax

E-mail

Obs: Seção 1001 do Título 18 do Código Penal dos Estados Unidos torna um crime a prestação intencional de declarações falsas a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos.

VERIFICAÇÃO DE EMPREGO

(A utilização de corretivo, ou alteração da informação original anulará este documento)

Nome do Programa:	Identificação da unidade:	Data:
Solicitante/Inquilino:	SSN(CPF Americano):	

Contado Empregador:

Nome da Empresa:	Pessoa de Contato:		
Endereço:	Telefone:	Fax:	
Cidade:	Estado:	CEP:	E-mail:

A Minha Assinatura Autoriza a Verificação das Informações sobre o meu emprego:

Assinatura do Solicitante/Inquilino

Data

O indivíduo mencionado acima é o solicitante/inquilino do IRC 42 Programa de Crédito Habitacional para pessoas de Baixa Renda. As informações dadas devem ser utilizadas para o propósito de admissibilidade para o programa e permanecem confidenciais apenas a satisfação do objetivo declarado. A sua resposta rápida é crucial e será muito apreciada.

Atentamente,

BARBARA HOFFMAN

(Assinatura) Responsável pelo programa/Gerente

ENVIE ESSE FORMULÁRIO PARA:

Dukes County Regional Housing Authority

Fax 508 693 5710 Email: Barbara@housingauthoritymv.org

ESSA PARTE DEVE SER PREENCHIDA PELO EMPREGADOR

- Por favor responda a todas as perguntas na íntegra, sem deixar espaços em branco.
- Por favor forneça um relatório do histórico de pagamento do empregado ao devolver este formulário preenchido.

Nome do Empregado: _____ Cargo: _____

Atualmente Empregado: Sim Data do primeiro emprego: __/__/____/ Não Data do último emprego: __/__/____

Salário atual (Escolha um) Hora Mensal \$ _____

Frequência de Pagamento Semanal Quinzenal Mensal Semi-Mensal Anual
Método de Pagamento Efetivo Cheque Débito Automático Outro

Número de semanas pagas por ano: \$ _____

Número de horas trabalhadas por semana: _____

(Se as horas variam coloque uma média)

Total bruto recebido no ano anterior: _____

Valor da hora extra: _____ Por hora Média de horas extras por semana: _____

Auxílio para Deslocamento: \$ _____ Por Hora Total recebido por semana: _____

(Circule uma opção)

Frequência de Pagamento Semanal Quinzenal Mensal
 Semi-Mensal Anual Outro: _____

Comissões, bônus, gorjetas, outros: \$ _____

Enumerar a alteração mais recente na taxa de remuneração/hora do empregado: \$ _____% Data: __/__/____

Enumerar adiantamentos nos últimos 12 meses: \$ _____% Data: __/__/____ : \$ _____% Data: __/__/____

Se o trabalho é de temporada ou esporádico, indique o período de Layoff: _____

O trabalhador é elegível a seguro desemprego durante o Layoff? Sim Não

O trabalhador participa do programa de aposentadoria i.e. 401k? Sim Não

Assinatura do empregador _____ Nome por extenso e Cargo _____ Data _____

Nome do Empregador e endereço

Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

Obs. Seção 1001 do Título 18 do Código Penal dos Estados Unidos torna um crime a prestação intencional de declarações falsas a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos.

DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS DE AUTÔNOMO

Utilizar este formulário para qualquer candidato ou residente que receba rendimentos como proprietário de empresa, contratante independente, empresa em nome individual, pagamento em dinheiro, trabalho ocasional, etc.

Solicitante/Inquilino: _____
Nome da Empresa: _____
Endereço da Empresa: _____
Tipo de Empresa: _____
Cargo: _____
Data de Início: _____
Rendimento Anual Bruto Anterior: \$ _____
Gastos Anual Bruto Anterior: \$ _____
Lucro Anual Anterior: \$ _____
Lucro (Prejuízo) do Ano Anterior: \$ _____
Retiradas de dinheiro da Empresa: \$ _____

Declara imposto de renda? SIM Nº de Identificação _____ NÃO

Se SIM envie o formulário de imposto com o SCHEDULE C dos 3 últimos anos

Se NÃO diga o por que: _____

- Se não declarou os impostos, favor apresentar um relatório de lucros/perdas para cada mês desde o início do negócio.
- Favor incluir documentos tais como faturas, recibos, plano de negócios escrito, ou declaração de rendimentos empresariais feita pelo contador.

Sob pena de fraude, certifico que a informação apresentada nesta certificação é verdadeira e precisa, tanto quanto ao meu conhecimento. Os abaixo-assinados compreendem ainda que o fornecimento de representação falsa neste documento constitui um ato de fraude. Informações falsas, enganosas ou incompletas podem resultar na rescisão do contrato.

(Assinatura do Solicitante)

Data

GORJETA/CONFIRMAÇÃO DE RENDIMENTO GRATUITO

Solicitante/Inquilino: _____ **Nº da Unidade** _____

Nome do Empregador: _____

Cargo: _____

1. Você recebe gorjetas ou gratificações neste trabalho? [] Sim [] Não

2. Por favor liste a quantidade média de gorjetas/gratificações recebidas:

\$ _____ por [] Dia [] Semana outros _____

3. Todas as gorjetas são reportadas ao empregador? [] Sim [] Não

Se NÃO explique: _____

4. Por favor liste a quantidade média de gorjetas/gratificações não declaradas recebidas:

\$ _____ por [] Dia [] Semana outros _____

Sob pena de fraude, certifico que a informação apresentada nesta certificação é verdadeira e precisa, tanto quanto ao meu conhecimento. Os abaixo-assinados compreendem ainda que o fornecimento de representação falsa neste documento constitui um ato de fraude. Informações falsas, enganosas ou incompletas podem resultar na rescisão do contrato.

(Assinatura do Locatário)

Data

(Assinatura do Locatário)

Data

DECLARAÇÃO DE TRABALHO TEMPORÁRIO

Qualquer adulto que se inscreva para viver em uma das unidades que tenha um emprego de temporada deve preencher este formulário

Solicitante/Inquilino: _____ **Nº da Unidade** _____

Nome do Empregador Temporário: _____

Você está empregado neste emprego apenas durante uma parte do ano?

SIM NÃO

Por favor liste as datas em que não trabalha neste trabalho:

Durante o seu período de dispensa, queira verificar o seguinte, conforme aplicável:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1.Receberei subsídios de desemprego | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2.Tenho/irei procurar outro emprego | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3.Receberei ajuda de amigos/família/etc | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4.Continuarei com o rendimento zero | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5.Outros | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

- Se sim o 1, 2 ou 3 por favor liste o valor da renda a ser recebida:

- Se marcar outros, por favor explique:

Sob pena de fraude, certifico que a informação apresentada nesta certificação é verdadeira e precisa, tanto quanto ao meu conhecimento. Os abaixo-assinados compreendem ainda que o fornecimento de representação falsa neste documento constitui um ato de fraude. Informações falsas, enganosas ou incompletas podem resultar na rescisão do contrato.

(Assinatura do Locatário)

Data

(Assinatura do Locatário)

Data

VERIFICAÇÃO DE RENDIMENTOS DE DESEMPREGO

(A utilização de corretivo, ou alteração da informação original anulará este documento)

Nome do Programa:	Identificação da unidade:	Data:
Solicitante/Inquilino:	SSN(CPF Americano):	

AGÊNCIA QUE OFERECE OS BENEFÍCIOS:

Nome da Agência:	Pessoa de Contato:		
Endereço:	Telefone:	Fax:	
Cidade:	Estado:	CEP:	E-mail:

A Minha Assinatura Autoriza a Verificação das Informações sobre Rendimentos de desemprego:

Assinatura do Solicitante

Data

O indivíduo mencionado acima é o solicitante/inquilino do IRC 42 Programa de Crédito Habitacional para pessoas de Baixa Renda. As informações dadas devem ser utilizadas para o propósito de admissibilidade para o programa e permanecem confidenciais apenas a satisfação do objetivo declarado. A sua resposta rápida é crucial e será muito apreciada.

Atentamente,

BARBARA HOFFMAN
(Assinatura) Responsável pelo programa/Gerente

ENVIE ESSE FORMULÁRIO PARA:
Dukes County Regional Housing Authority
PO Box 4538, Vineyard Haven MA 02568
Fax 508 693 5710 Ph 508 693 4419
Email: Barbara@housingauthoritymv.org

Essa parte deve ser preenchida pelo banco

- POR FAVOR LISTE TODOS OS BENEFÍCIOS RECEBIDOS PELO SOLICITANTE ACIMA MENCIONADO
- ANEXE UM HISTÓRICO DE PAGAMENTO DOS ÚLTIMOS 12 MESES

As prestações estão sendo pagas atualmente? SIM NÃO Se não, quando parou: _____

Se sim, por favor coloque o valor bruto do benefício: \$ _____ Semanal Quinzenal Mensal Outro: _____

Quando começou o pagamento: _____

Quando finalizou o pagamento: _____

Listar quaisquer prorrogação disponível: _____

Esse indivíduo é obrigado a procurar emprego? SIM NÃO

Por favor listar mudança esperada: _____

Favor listar qualquer observação útil: _____

Assinatura

Data

Nome e Cargo do Informante

Telefone

Fax

E-mail

Obs. Seção 1001 do Título 18 do Código Penal dos Estados Unidos torna um crime a prestação intencional de declarações falsas a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos.

AUXÍLIO CRIANÇA OU VERIFICAÇÃO DE RENDA ALIMENTÍCIA

Envie esse formulário para a pessoa provedora do auxílio a criança ou pensão alimentícia. Se o pagamento for feito diante de ordem judicial, anexar o arquivo do solicitante.

Solicitante/Inquilino: _____ Nº da Unidade _____

Nome e endereço do Contribuinte:

Nome: _____ Parentesco: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Eu, _____, estou contribuindo com a seguinte assistência para a pessoa acima mencionada com o propósito de:

Pensão Alimentícia Auxílio Criança _____

Valor \$ _____ Frequência _____

Esse pagamento é feito por Acordo Formal Acordo Informal

Essa ajuda irá mudar nos próximos 12 meses Sim Não

Se sim descreva o motivo:

Obs. Seção 1001 do Título 18 do Código Penal dos Estados Unidos torna um crime a prestação intencional de declarações falsas a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos.

Sob pena de fraude, certifico que a informação apresentada nesta certificação é verdadeira e precisa, tanto quanto ao meu conhecimento. Os abaixo-assinados compreendem ainda que o fornecimento de representação falsa neste documento constitui um ato de fraude.

(Assinatura do Contribuinte)

Data

VERIFICAÇÃO DE PENSÃO

(A utilização de corretivo, ou alteração da informação original anulará este documento)

Nome do Programa: Kuehn's Way Apartments	Identificação da unidade:	Data:
Solicitante/Inquilino:	SSN(CPF Americano):	

Provedor da Pensão:

Nome da Empresa:		Pessoa de Contato:	
Endereço:		Telefone:	Fax:
Cidade:	Estado:	CEP:	E-mail:

A Minha Assinatura Autoriza a Verificação das Informações da Minha Conta de Pensão:

Assinatura do Solicitante/Inquilino

Data

O indivíduo mencionado acima é o solicitante/inquilino do IRC 42 Programa de Crédito Habitacional para pessoas de Baixa Renda. As informações dadas devem ser utilizadas para o propósito de admissibilidade para o programa e permanecem confidenciais apenas a satisfação do objetivo declarado. A sua resposta rápida é crucial e será muito apreciada.

Atentamente,

BARBARA HOFFMAN
(Assinatura) Responsável pelo programa/Gerente

ENVIE ESSE FORMULÁRIO PARA:
Dukes County Regional Housing Authority
PO Box 4538, Vineyard Haven MA 02568
Fax 508 693 5710 Ph 508 693 4419
Email: Barbara@housingauthoritymv.org

ESTA SEÇÃO A SER PREENCHIDA PELO PROVEDOR DE PENSÃO

Número da conta de pensão	Saldo Atual	O candidato pode converter em dinheiro?		Saldo Atual
	\$	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	\$ %
	\$	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	\$ %
	\$	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	\$ %
	\$	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	\$ %

Se os ganhos variam ou não podem ser previstos listar o total de juros/dividendos do trimestre mais recente (mesmo que reinvestidos)

O indivíduo recebeu pagamentos periódicos de qualquer conta indicada: SIM NÃO

Se sim, favor completar o seguinte:

Número da Conta:	Valor do Pagamento Bruto	Frequência de Pagamento	Fixo ou Sujeitos a Mudança?
	\$	<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Sujeito a Mudança
	\$	<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Sujeito a Mudança
	\$	<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Sujeito a Mudança
	\$	<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Sujeito a Mudança

Por favor liste as alterações esperadas _____

Assinatura

Data

Nome e Cargo do Informante

Telefone

Fax

E-mail

Obs: Seção 1001 do Título 18 do Código Penal dos Estados Unidos torna um crime a prestação intencional de declarações falsas a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos.

CERTIFICAÇÃO DE RENDA ZERO

(A ser preenchido por todos os membros adultos do domicílio sem rendimentos declarados)

Solicitante/Inquilino: _____ N.º Unidade _____

1. Atualmente eu não tenho nenhum tipo de renda e penso que isso não vai mudar nos próximos 12 meses. (Se você tiver alguma renda não preencha esse form.)
2. Eu venho vivendo sem renda por _____ anos e _____ meses.
3. Certifico que não recebo individualmente nenhuma das seguintes fontes:
 - a. Remunerações salariais de emprego (incluindo comissões, gorjetas, bônus, etc.)
 - b. Rendimentos do funcionamento de empresa ou Vendas de autônomo (Avon, Mary Kay, etc.)
 - c. Rendimentos de aluguéis.
 - d. Juros ou dividendos de ativos.
 - e. Pagamentos da Previdência Social, rendas, seguro, fundos de aposentadoria, pensões, ou benefícios por morte.
 - f. Seguro desemprego ou pagamentos por invalidez.
 - g. Pagamentos de ajuda pública.
 - h. Subsídios tais como pensão de alimentícia, ou presentes de pessoas que não vivem no lar.
 - i. Renda por dirigir para Uber/Lift.
 - j. Pagamentos em dinheiro.
 - k. Ajuda estudantil.
 - l. Qualquer outra fonte não mencionada acima.

4. A razão de eu não ter renda é _____

5. Eu vou estar usando as seguintes fontes de renda para pagar:

Aluguel: _____

Utilitários: _____

Comida: _____

Roupas e lavanderia: _____

Transporte: _____

Internet/TV a cabo/Telefone: _____

Artigos de higiene pessoal _____

Cartão de crédito/Empréstimos/Faturas _____

Sob pena de fraude, certifico que a informação apresentada nesta certificação é verdadeira e precisa, tanto quanto ao meu conhecimento. Os abaixo-assinados compreendem ainda que o fornecimento de representação falsa neste documento constitui um ato de fraude. Informações falsas, enganosas ou incompletas podem resultar na rescisão do contrato.

(Assinatura do inquilino)

Data

(Assinatura do Gerente)

Data

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

21 Mechanic Street · P.O. Box 4538 · Vineyard Haven, MA 02568
Phone: (508) 693-4419 · Fax: (508) 693-5710 · Email: dcrha@housingauthoritymv.org

A missão do DCRHA é ajudar as 6 cidades de Martha's Vineyard com o aumento durante todo o ano das oportunidades de habitação para residentes com rendimentos baixos e medianos

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA DO LOCADOR PARA LOCATÁRIO

Nome do Solicitante: _____

Endereço Atual: _____

Nome do Locador/Gestor: _____

Nome do Atual Locador: _____ Anterior Locador: _____ Outros: _____

Data do Contrato de locação: De: _____ Até _____

I. PAGAMENTO DO ALUGUEL

- a. Qual o valor do aluguel? _____
- b. O locador mora de aluguel atualmente? _____
- c. O locador atrasou o aluguel? _____ Quantos dias? _____ Quantas vezes? _____
- d. Alguma vez iniciou um processo de despejo: Por falta de pagamento? _____ Ou violação do contrato? _____
- e. O solicitante está devendo alguma quantia? _____
- f. O aluguel foi reduzido? _____

II. CUIDADOS COM O IMÓVEL

- a. Em que condição o inquilino deixou o imóvel? Excelente ___ Boa ___ Ruim ___ Muito ruim ___ Por favor explique: _____
- b. O inquilino estragou o imóvel? _____
Descreva: _____
- c. O cliente pagou pelo dano? _____
- d. O locador ficou com o dinheiro da fiança? _____

III. GERAL

- a. Número de quartos ___ Número de ocupantes ___ Número de Crianças ___
- b. O solicitante está sob um contrato de arrendamento escrito? _____
Se sim, esta pessoa residiu na sua propriedade até a data de expiração do contrato de arrendamento? _____
Se atualmente está com contrato de aluguel, por favor indicar a data de expiração e o aviso prévio exigido: Data _____ Dias que faltam para sair _____
- c. O requerente cumpre/cumpriu os termos do contrato de arrendamento e obedece as regras e regulamentos? _____
- d. O solicitante tem animais de estimação? _____

Continua na próxima página

- e. O solicitante ou membros da família deterioraram ou cometeram vandalismo nas áreas comuns? _____
- f. Houve alguma queixa de inquilinos ou vizinhos sobre a família ou amigos do solicitante?
Comente: _____
- g. A polícia foi chamada por si ou por algum vizinho? _____ Com que frequência? _____ Comentário _____
- h. O solicitante forneceu alguma informação falsa? _____
Descreva: _____
- i. Alugaria novamente a este inquilino? _____ Se não, explique o por que _____

Assinatura: _____ **Data:** _____

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

21 Mechanic Street · P.O. Box 4538 · Vineyard Haven, MA 02568

Phone: (508) 693-4419 · Fax: (508) 693-5710 · Email: dcrha@housingauthoritymv.org

A missão do DCRHA é ajudar as 6 cidades de Martha's Vineyard com o aumento durante todo o ano das oportunidades de habitação para residentes com rendimentos baixos e medianos

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PESSOAL

Nome do solicitante:

Tel.

Endereço do solicitante:

Nome da referência pessoal:

Tel.

Endereço da pessoal de referência:

Conhece o solicitante a quanto tempo:

Qual a relação com o solicitante (empregador, amigo, vizinho, representante religioso etc.)?

Pelo seu conhecimento, o solicitante tem algum problema em morar perto de outras pessoas?

Você acha que este indivíduo é respeitoso com a propriedade dos outros?

Acha que essa pessoa estaria em risco de sofrer acidentes ou ferimentos se vivesse sozinha?

Sente que este tem um bom sistema de segurança?

Esta pessoa tem membros da família que vivem em Vineyard?

O solicitante é atencioso e respeitoso para com os outros?

Acha que esta pessoa tem capacidade para manter a casa limpa? Se não explique _____

Outros Comentários: _____

Assinatura da pessoa que completou esse formulário _____

Data _____ Cargo _____

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

21 Mechanic Street · P.O. Box 4538 · Vineyard Haven, MA 02568
Phone: (508) 693-4419 · Fax: (508) 693-5710 · Email: dcrha@housingauthoritymv.org

A missão do DCRHA é ajudar as 6 cidades de Martha's Vineyard com o aumento durante todo o ano das oportunidades de habitação para residentes com rendimentos baixos e medianos

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA DO LOCADOR PARA LOCATÁRIO

Nome do Solicitante: _____
Endereço Atual: _____
Nome do Locador/Gestor: _____
Nome do Atual Locador: _____ Anterior Locador: _____ Outros: _____
Data do Contrato de locação: De: _____ Até: _____

I. PAGAMENTO DO ALUGUEL

- a. Qual o valor do aluguel? _____
- b. O locador mora de aluguel atualmente? _____
- c. O locador atrasou o aluguel? _____ Quantos dias? _____ Quantas vezes? _____
- d. Alguma vez iniciou um processo de despejo: Por falta de pagamento? _____ Ou violação do contrato? _____
- e. O solicitante está devendo alguma quantia? _____
- f. O aluguel foi reduzido? _____

II. CUIDADOS COM O IMÓVEL

- a. Em que condição o inquilino deixou o imóvel? Excelente ___ Boa ___ Ruim ___ Muito ruim ___ Por favor explique: _____
- b. O inquilino estragou o imóvel? _____
Descreva: _____
- c. O cliente pagou pelo dano? _____
- d. O locador ficou com o dinheiro da fiança? _____

III. GERAL

- a. Número de quartos ___ Número de ocupantes ___ Número de Crianças ___
- b. O solicitante está sob um contrato de arrendamento escrito? _____
Se sim, esta pessoa residiu na sua propriedade até a data de expiração do contrato de arrendamento? _____
Se atualmente está com contrato de aluguel, por favor indicar a data de expiração e o aviso prévio exigido: Data _____ Dias que faltam para sair _____
- c. O requerente cumpre/cumpriu os termos do contrato de arrendamento e obedece as regras e regulamentos? _____
- d. O solicitante tem animais de estimação? _____

Continua na próxima página

- e. O solicitante ou membros da família deterioraram ou cometeram vandalismo nas áreas comuns? _____
- f. Houve alguma queixa de inquilinos ou vizinhos sobre a família ou amigos do solicitante?
Comente: _____
- g. A polícia foi chamada por si ou por algum vizinho? _____ Com que frequência? _____ Comentário _____
- h. O solicitante forneceu alguma informação falsa? _____
Descreva: _____
- i. Alugaria novamente a este inquilino? _____ Se não, explique o por que _____

Assinatura: _____ **Data:** _____

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

21 Mechanic Street · P.O. Box 4538 · Vineyard Haven, MA 02568

Phone: (508) 693-4419 · Fax: (508) 693-5710 · Email: dcrha@housingauthoritymv.org

A missão do DCRHA é ajudar as 6 cidades de Martha's Vineyard com o aumento durante todo o ano das oportunidades de habitação para residentes com rendimentos baixos e medianos

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PESSOAL

Nome do solicitante:

Tel.

Endereço do solicitante:

Nome da referência pessoal:

Tel.

Endereço da pessoal de referência:

Conhece o solicitante a quanto tempo:

Qual a relação com o solicitante (empregador, amigo, vizinho, representante religioso etc.)?

Pelo seu conhecimento, o solicitante tem algum problema em morar perto de outras pessoas?

Você acha que este indivíduo é respeitoso com a propriedade dos outros?

Acha que essa pessoa estaria em risco de sofrer acidentes ou ferimentos se vivesse sozinha?

Sente que este tem um bom sistema de segurança?

Esta pessoa tem membros da família que vivem em Vineyard?

O solicitante é atencioso e respeitoso para com os outros?

Acha que esta pessoa tem capacidade para manter a casa limpa? Se não explique _____

Outros Comentários: _____

Assinatura da pessoa que completou esse formulário _____

Data _____ Cargo _____

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

21 Mechanic Street · P.O. Box 4538 · Vineyard Haven, MA 02568

Phone: (508) 693-4419 · Fax: (508) 693-5710 · Email: dcrha@housingauthoritymv.org

A missão do DCRHA é ajudar as 6 cidades de Martha's Vineyard com o aumento durante todo o ano das oportunidades de habitação para residentes com rendimentos baixos e medianos

Formulário de pedido de Cori (Antecedentes Criminais)

Autoridade Regional de Habitação do Condado de Dukes foi certificada pelo Conselho de Sistemas de Habitação para aceder a dados de condenações e processos criminais pendentes. Como requerente/empregado da Autoridade Regional de Habitação do Condado de Dukes, entendo que será realizada uma verificação do registo criminal apenas para efeitos de condenação e informação de casos criminais pendentes e que não me desqualificará necessariamente. As informações abaixo são corretas, tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinatura

Sobrenome

Nome

Nome do meio

Nome da Mãe

Nome do Pai

Data de Nascimento

SSN (CPF Americano)

Endereço Atual: _____

Nº da Carteira de Motorista: _____

A INFORMAÇÃO ACIMA REFERIDA FOI VERIFICADA ATRAVÉS DA REVISÃO DA SEGUINTE FORMA DE IDENTIFICAÇÃO FOTOGRÁFICA EMITIDA PELO GOVERNO:

Solicitada por: _____

DECLARAÇÃO SOBRE O ESTADO DE ESTUDANTE

(LIHTC ou Período de Cumprimento das Obrigações Isentas de Impostos)

Nome do Solicitante: _____

Endereço: _____

Completado para: (Marque uma opção)

Mudança de residência; data de entrada: _____

Re-certificação anual; data de entrada: _____

Todas as pessoas do seu domicílio são ou serão estudantes em tempo integral durante cinco meses do ano de certificação? SIM NÃO

Se sim, alguém do seu domicílio:

O estudante recebeu AFDC/TANF? SIM NÃO

O estudante que esteve anteriormente em algum programa de ajuda da Social Security? SIM NÃO

O estudante trabalhou em algum programa do governo federal, estadual ou municipal? SIM NÃO

Filho de pai/mãe solteiro que vive com os seus filhos menores não são dependentes e cujos filhos não são dependentes de outro indivíduo que não seja um dos pais? SIM NÃO

Casado que declara imposto junto com cônjuge SIM NÃO

Estudou em tempo integral pelo menos 5 meses desse ano? SIM NÃO

Meses/ano que estudou tempo integral __/__/__ até __/__/__

Concordo em notificar imediatamente a Direção se o meu estado de estudante mudar. Compreendo que mudanças no estado de estudante podem influenciar a minha elegibilidade para participar neste Programa.

Certifico, sob pena de fraude, que as informações fornecidas acima são exactas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento. Autorizo a divulgação de tais informações de modo a cumprir os regulamentos do Programa. Compreendo que o fornecimento de informações falsas ou enganosas pode sujeitar-me a sanções penais.

(Assinatura do Solicitante) Data

(Assinatura do Solicitante) Data

(Assinatura do Solicitante) Data

(Assinatura do Gerente) Data