

TRANSLATION

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

PO BOX 4538 , VINEYARD HAVEN MA 02568/ P.H. 508-693- 4419/ FAX 508-693-5710

DCRHA@HOUSINGAUTHORITYMV.ORG

Carl Widdiss Way Apartments, Aquinnah Aplicação para arrendamento e pacote de informações



A **Dukes County Regional Housing Authority**, em nome da **Cidade de Aquinnah** e o seu promotor, o **Island Housing Trust**, está aceitando candidaturas para os **Carl Widdiss Way Apartments**. Com dois apartamentos de 1 quarto e dois apartamentos de 2 quartos para agregados familiares com dois níveis de rendimento.

As rendas mensais dos quatro apartamentos do **Carl Widdiss Way Apartments** (não incluindo os custos de serviços públicos):

Um quarto a \$1,707; um quarto a \$2,174; dois quartos a \$1,934; dois quartos a \$2,463

As candidaturas em inglês e português estão disponíveis na Housing Authority, 21 Mechanic St, Vineyard Haven, on-line em www.aquinnah-ma.gov, www.ihmv.org, e <http://www.dcrha.org>, e por pedido telefónico à Housing Authority em 508-693-4419 e TTY/TTD em 711.

Reuniões de informação: Quarta-feira, 20 de março de 2024, às 17h30, e sábado, 30 de março, às 11h00, na Câmara Municipal de Aquinnah, 955 State Road, Aquinnah, MA

Os candidatos com rendimentos qualificados serão selecionados através de um sorteio que determinará a ordem da análise final e da oferta. A pedido do candidato, poderão ser efectuadas adaptações razoáveis. As candidaturas devem ser enviadas pelo correio para DCRHA, P.O. Box 4538, Vineyard Haven, MA 02568, ou recebidas no escritório da Housing Authority em 21 Mechanic Street, VH, até às **17:00 horas de sexta-feira, 12 de abril de 2024**



Dukes County Regional Housing Authorities não discrimina com base na raça, cor, religião, sexo, nacionalidade, ascendência, orientação sexual, idade, estatuto familiar, estado civil, estatuto de veterano, assistência pública, deficiência, informação genética, identidade de gênero ou qualquer outra classe protegida por lei estatal, federal ou local, no acesso ou admissão ao(s) seu(s) programa(s) de habitação, ou emprego, ou qualquer outro dos seus programas, atividades, funções ou serviços. A Autoridade Regional de Habitação do Condado de Dukes está empenhada em garantir que cada indivíduo tenha oportunidades iguais de usar e usufruir dos benefícios desta oferta.

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

PO BOX 4538, VINEYARD HAVEN MA 02568/ PH. 508-693-4419/ FAX: 508-693-5710

DCRHA@HOUSINGAUTHORITYMV.ORG

Carl Widdiss Way Apartments - Informações e Candidaturas

Este pacote contém informações sobre o processo de candidatura e seleção para o arrendamento de quatro novos apartamentos em Carl Widdiss Way, desenvolvido pela Câmara Municipal de Aquinnah e pelo Island Housing Trust.

Uma unidade com 1 quarto e uma unidade com 2 quartos estão disponíveis para famílias que ganham **80% ou menos do rendimento mediano da área**. Uma unidade de 1 quarto e uma unidade de 2 quartos estão disponíveis para famílias que ganham **100% ou menos do rendimento mediano da área**. Por favor, veja a tabela.

O Carl Widdiss Way (CWW) foi concebido para ser energeticamente eficiente, com paredes super-isoladas, sistemas eficientes de aquecimento e água quente e janelas de vidro triplo que proporcionam muita luz do dia e minimizam ainda mais os custos dos serviços públicos. A entrada no primeiro andar para todas as unidades, com passarelas sem degraus para os terraços centrais e escadas exteriores entre pisos, proporciona uma maior acessibilidade a todos os apartamentos, atendendo a uma série de capacidades físicas. As unidades com 1 quarto têm 712 pés quadrados e as unidades com 2 quartos têm 868 pés quadrados e todas incluem uma gama de eletrodomésticos.

As candidaturas preenchidas, incluindo todos os formulários numa única cópia impressa, devem ser enviadas pelo correio para Dukes County Regional Housing Authority, P.O. Box 4538, Vineyard Haven, MA, 02568, ou recebidas numa única cópia impressa no escritório da Housing Authority, 21 Mechanic Street, Vineyard Haven, até às **17:00 horas de sexta-feira, 12 de abril de 2024**. Não serão aceites candidaturas enviadas por fax ou por correio eletrónico.

A análise de cada candidatura pela Housing Authority para entrar no sorteio é o **primeiro de dois passos** para uma possível oferta de arrendamento. No final da análise, cada candidato receberá uma notificação do seu estatuto de elegibilidade e uma confirmação da data e hora do sorteio. Por favor, informe a DCRHA de quaisquer questões sobre o seu estatuto de lotaria.

O **sorteio** consistirá em candidatos seleccionados para **três apartamentos**, em primeiro lugar a partir de **Grupos de Preferência Local** (candidatos que residam atualmente em Aquinnah ou que trabalhem na cidade ou numa empresa localizada principalmente na Cidade) e, em segundo lugar, a partir de **Grupos Abertos** para todos os outros candidatos qualificados. As unidades de 2 quartos também têm um mínimo inicial de duas pessoas por agregado familiar. A quarta unidade, de 1 dormitório com rendimento máximo de 80%, será seleccionada a partir de um Grupo Aberto, que também incluirá os candidatos com preferência local para a primeira seleção de unidade de 1 quarto.)

As candidaturas qualificadas como **elegíveis** serão inscritas no sorteio para determinar a ordem pela qual será concluída uma segunda fase de análise das potenciais ofertas de arrendamento. Os candidatos considerados **inelegíveis**, ou que **questionem a sua colocação na loteria**, terão a **oportunidade de recorrer de** tais determinações. Tenha atenção que **qualquer candidatura considerada incompleta ou apresentada tardiamente não terá acesso a um processo de recurso**.

A ordem pela qual os candidatos são sorteados no sorteio determina a ordem da **segunda fase de análise** das informações adicionais e dos formulários de verificação. Quando a segunda fase de análise com o candidato escolhido em primeiro lugar estiver concluída, o apartamento é mostrado e é-lhe proposto um contrato de arrendamento. Se o candidato escolher ou não puder alugar, o candidato seguinte escolhido na loteria (o primeiro suplente) passa à segunda fase de análise, e assim sucessivamente, até que seja assinado um contrato de arrendamento para cada apartamento com um agregado familiar candidato.

Se uma candidatura for recebida após a data-limite de apresentação de candidaturas e for considerada elegível, será colocada numa lista de espera a seguir aos candidatos classificados no sorteio, pela ordem em que foi recebida, para eventual utilização posterior, se necessário.

Um pedido de aluguel arquivado na Housing Authority não é um pedido de aluguel inicial de Carl Widdiss

Dimensão do Agregado Familiar	80% da AMI (Área de Renda Mediana) Renda Máxima
1	\$70,150
2	\$80,150
3	\$90,150
4	\$100,150
Dimensão do Agregado Familiar	80% da AMI (Área de Renda Mediana) Renda Máxima
1	\$87,450
2	\$99,950
3	\$112,450
4	\$124,900

Way. O pedido de aluguel que consta deste pacote deve ser preenchido e enviado.

Importante: The Housing Authority não pode garantir a análise das candidaturas antes do prazo ou fornecer um aviso antecipado de que estão incompletos. Encorajamos cada candidato a rever com um amigo ou associado antes de submeter um documento de candidatura único e completo, incluindo todos os formulários e materiais de apoio.

Não serão aceites quaisquer candidaturas ou materiais para o sorteio inicial após o dia 12 de abril às 17:00 horas.

A equipa da Housing Authority estará disponível para responder a perguntas sobre a candidatura e o processo da Carl Widdiss Way nas duas **Reuniões de Informação** a **20 e 30 de março**, por e-mail para dcrha@housingauthoritymv.org, por telefone para (508) 693-4419 e TTY/TTD em 711, e no nosso escritório, 21 Mechanic St. Vineyard Haven, MA perto State Rd (em frente ao Little House Cafe)

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

PO BOX 4538 , VINEYARD HAVEN MA 02568/ PH. 508-693- 4419/ FAX 508-693-5710
DCRHA@HOUSINGAUTHORITYMV.ORG

APLICAÇÃO Carl Widdiss Way Informações e aplicação

Candidaturas completas com todos os formulários devem ser enviadas pelo correio ou recebidas pelo DCRHA até às **17h00 de sexta-feira, 12 de abril de 2024**

PARA USO EXCLUSIVO DO ESCRITÓRIO

Data do Recebimento: _____

Número de controle: _____

POR FAVOR, IMPRIMIR:

Nome do(s) requerente(s) _____

Rua _____ Endereço de Email _____

Cidade _____ Estado _____ Código postal _____

Telefone celular# _____ Telefone do Trabalho# _____

Endereço para correspondência _____

INFORMAÇÕES SOBRE O AGREGADO FAMILIAR* - Todos os membros do agregado familiar, incluindo os menores.

Primeiro Nome, Nome do Meio e Último Nome de Cada Membro do Agregado Familiar *	Parentesco	Gênero	Da de Nascimento	Empregado	Número do Social Security
1.				Sim / Não	
2.				Sim / Não	
3.				Sim / Não	
4.				Sim / Não	

* "Um agregado familiar é constituído por duas ou mais pessoas que viverão regularmente na unidade como sua residência principal e que estão ligadas por laços de sangue, casamento, lei ou que demonstraram de outra forma uma relação estável relação interdependente, ou um indivíduo".
MassHousing, Monitorização da acessibilidade, 2/4/22

Algun dos membros do agregado familiar acima indicados é estudante a tempo inteiro? Sim Não

Em caso afirmativo, indique a lista abaixo e forneça a documentação de inscrição dos estudantes com 18 anos ou mais.

1. _____
2. _____

Os quatro apartamentos em Carl Widdiss Way têm portas de entrada no primeiro andar em decks partilhados com caminhos sem degraus e com pouca inclinação, assegurando que indivíduos com uma variedade de capacidades físicas possam utilizar as unidades. Se pretender assinalar alguma deficiência ou necessidade de discussão, indique-a abaixo e consulte a página Preferências e habitação justa afirmativa para obter mais informações: Sim Não

Descrição: _____

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

PO BOX 4538, VINEYARD HAVEN MA 02568 PH. 508-693- 4419/ FAX 508-693-5710

DCRHA@HOUSINGAUTHORITYMV.ORG

INFORMAÇÕES SOBRE O RENDIMENTO Informações e Aplicação do Carl Widdiss Way

O rendimento bruto é o rendimento combinado antes de impostos de todas as pessoas do agregado familiar, incluindo rendimentos de trabalho, pagamentos de prestações, pagamentos de apoio e rendimentos de ativos. Se é trabalhador por conta própria, indique o seu rendimento líquido (após dedução das despesas comerciais).

Indique todos os rendimentos previstos para todos os membros do agregado familiar **com idade igual ou superior a 18 anos** provenientes de trabalho independente, ordenados/salários, horas extraordinárias, comissões, honorários/gostos e bônus antes de impostos para os próximos 12 meses. As candidaturas devem incluir as duas declarações de imposto de renda federal mais recentes de cada membro adulto do domicílio, incluindo todos os W2s correspondentes e os cronogramas anexados.

Se for trabalhador por conta própria (a tempo inteiro ou parcial), apresente uma declaração de lucros/perdas acumulados no ano e as declarações de rendimentos federais dos dois anos anteriores, incluindo todos os mapas anexos.

Tenha em atenção que a DCRHA é obrigada a evitar sobrecarregar com a

renda um candidato que pague mais de 30% do seu rendimento bruto para a renda e serviços públicos.

Membro do agregado familiar	Tipo de rendimento	Nome e endereço do empregador ou fonte de rendimento	Rendimento bruto para o próximos 12 meses
1.	Salários, remunerações, incluindo horas extraordinárias/gorjetas		
2.	Salários, remunerações, incluindo horas extraordinárias/gorjetas		
3.	Salários, remunerações, incluindo horas extraordinárias/gorjetas		
	Rendimento líquido da atividade ou profissão (Anexo C)		
	Rendimentos fiduciários Juros e dividendos		
	Pensões e anuidades		
	Subsídio regular de desemprego ou de invalidez		
	Prestações regulares da Segurança Social e/ou SSI, V.A. Disability		
	AFDC ou assistência pública		
	Rendimento de estudante a tempo inteiro (apenas para maiores de 18 anos)		
	Outros Rendimentos		

Rendimento Bruto Total do Agregado Familiar _____

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY
 PO BOX 4538, VINEYARD HAVEN MA 02568/ PH. 508- 693-4419/ FAX 508-693-5710
 DCRHA@HOUSINGAUTHORITYMV.ORG

INFORMAÇÕES SOBRE ATIVOS Informações e Solicitação do Carl Widdiss Way

Enumere abaixo os bens de cada membro do agregado familiar, incluindo todos os totais das contas bancárias, bens imobiliários e quaisquer **pagamentos regulares** de ações e obrigações, contratos fiduciários, bens imobiliários, 401k, Keogh, etc.

Membro do agregado familiar	Tipo de Ativo	Totais
	Número da conta corrente #:	
	Conta poupança #:	
	Quaisquer participações imobiliárias:	
	Quaisquer Pagamentos Regulares : Ações, Obrigações, Fundos de Investimento	
	Quaisquer Pagamentos Regulares : 401k, IRA, Keogh	
Outros:		

Membro do agregado familiar	Tipo de ativo	Totais
	Número da Conta Corrente:	
	Conta Poupança #:	
	Quaisquer Participações Imobiliárias:	
	Quaisquer Pagamentos Regulares : Ações, Obrigações, Fundos de Investimento:	
	Quaisquer Pagamentos Regulares : 401k, IRA, Keogh	
Outros:		

Membro do agregado familiar	Tipo de ativo	Totais
	Número da Conta Corrente:	
	Conta Poupança #:	
	Quaisquer Participações Imobiliárias:	
	Quaisquer Pagamentos Regulares : Ações, Obrigações, Fundos de Investimento:	
	Quaisquer Pagamentos Regulares: 401k, IRA, Keogh	
Outros:		

Total de ativos do agregado familiar _____

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

PO BOX 4538, VINEYARD HAVEN MA 02568/ P.H. 508-693-4419/ FAX 508-693-5710

DCRHA@ HOUSINGAUTHORITYMV.ORG

Preferências e Habitação Justa Afirmativa - Informações e Solicitação do Carl Widdiss Way

1. Preferência Local, Duas Categorias:

A cidade de Aquinnah está representada pela preferência Local em três das quatro seleções de unidades, incluindo as unidades de 2 quartos e a unidade de 1 quarto a 100% AMI.

- Residente atual de Aquinnah: Forneça documentos comprovativos da residência, tais como recibos de renda, faturas de serviços públicos, listagem de ruas ou listagem do registo eleitoral.
- Empregados da cidade de Aquinnah ou de uma empresa localizada principalmente na cidade: Apresentar documentação do emprego atual ou contratado (recibos de vencimento, contrato de trabalho, etc.) ou uma oferta verificável de emprego em Aquinnah.

2. Alojamento justo afirmativo:

A seção seguinte é facultativa, mas pode ajudar a incluir um candidato num grupo de preferência local, caso não haja uma representação de raça ou etnia igual à percentagem atual da população da ilha, ou seja, 21,2% ou dois agregados familiares por cada dez candidatos num grupo de preferência local.

Raça do Agregado Familiar:

- Nativo americano / Nativo do Alasca
- Preto
- Asiático/Ilhas do Pacífico / Havaiano nativo
- Branco

Classificação Étnica:

- Hispânico/Latino

3. Informações sobre acessibilidade/incapacidade:

- Todos os quatro apartamentos da Carl Widdiss Way têm entradas principais com soleiras baixas/sem soleiras, sem degraus e com caminhos de baixo nível até aos terraços de entrada. As portas exteriores têm um espaço livre de 32", tal como a maioria das portas interiores.
- Existe alguma adaptação razoável com base numa deficiência que possa querer considerar?
 Sim Não

Em caso afirmativo, especifique o tipo de adaptações que o podem ajudar a utilizar uma unidade.

Inclua uma carta do seu médico relativa a qualquer deficiência indicada e que aborde o seu pedido específico. Os termos formais da Acomodação Razoável servirão de base para o julgamento.

3. Preferência Pelo Tamanho do Agregado Familiar: Os apartamentos de 2 quartos têm uma preferência inicial por agregados familiares de duas pessoas que necessitem de um quarto cada, por exemplo, pais e filhos ou duas gerações de adultos.

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

PO BOX 4538 , VINEYARD HAVEN MA 02568 P.H. 508-693-4419/ FAX 508-693-5710
DCRHA@HOUSINGAUTHORITYMV.ORG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO- Informações e Solicitação do Carl Widdiss Way

Antes de apresentar esta candidatura, certifique-se de que preencheu todas as páginas e anexou a documentação solicitada abaixo. Forneça cópias dos seus materiais e não anexe os originais. A sua candidatura só está completa se os formulários e a documentação abaixo indicados acompanharem a sua candidatura totalmente preenchida e assinada. As candidaturas incompletas não serão incluídas na seleção do sorteio. **Consulte os avisos importantes no final desta página.**

- Candidatura preenchida e Assinada
- Cópias do cartão do Social Security de cada membro do agregado familiar
- Dois anos mais recentes Imposto de Renda Federal (para todos os membros do domicílio com 18 anos ou mais)
- As 5 semanas mais recentes de recibos de vencimento (para todos os membros *empregados* do agregado familiar com 18 anos ou mais)
- Declaração mais recente da Segurança Social (apenas se estiver a receber atualmente prestações da Segurança Social)
- Três meses mais recentes de contas bancárias: contas correntes e de poupança (para todos os membros do agregado familiar com 18 anos ou mais), incluindo todas as contas não designadas formalmente como investimento ou reforma.
- Os 3 meses mais recentes de contas de investimento e de reforma apenas se receberem pagamentos regulares.
- Cópias de qualquer documentação relativa à preferência local (*se aplicável; ver página anterior*)
- Formulários assinados (preencha todos os formulários anexos aplicáveis e guarde todos os outros formulários na sua apresentação com a etiqueta NA para não aplicável. Isto ajuda-nos a confirmar se o seu dossiê de candidatura está completo)

Verificação dos rendimentos:

- Verificação bancária (preencher um formulário para cada banco onde existem contas)
- Verificação de emprego (preencher um formulário por cada membro do agregado familiar *empregado* com idade igual ou superior a 18 anos)
- Declaração juramentada de rendimentos do trabalho por conta própria e documentos comprovativos (*se aplicável*)
- Declaração juramentada de rendimentos de gorjetas/gratificações (*se aplicável*)
- Declaração juramentada de trabalhador sazonal (*se aplicável*)
- Verificação do rendimento de desemprego (*se aplicável*)
- Verificação de rendimentos de pensões de alimentos para crianças/alimentos (*se aplicável*)
- Verificação da pensão (*se aplicável*)
- Certificação de rendimento zero (*se aplicável*)

Referências:

- Referências do Locador: São necessários dois formulários de referência do Locador preenchidos
- Referências pessoais: São necessários dois formulários de referência pessoal

Adicional: preenchidos

- Reconhecimento CORI (preencher o formulário para cada membro do agregado familiar com idade igual ou superior a 18 anos)
- Declaração juramentada do estatuto de estudante e documentação de inscrição de

estudante (para qualquer membro do agregado familiar *inscrito na universidade a tempo inteiro*).

Toda a sua **candidatura com os documentos de apoio deve ser apresentada como uma cópia física completa**. A Autoridade de Habitação não pode aceitar downloads, "faxes" ou documentos enviados por e-mail, exceto formulários de autorização devolvidos diretamente por bancos, empregadores, pensões e Locador. Os funcionários da Autoridade de Habitação não poderão fazer cópias dos seus materiais de candidatura ou procurar candidaturas ou materiais anteriores.

Importante: Os funcionários da DCRHA estão disponíveis para responder a perguntas durante todo o período de candidatura, mas **não é possível garantir uma análise completa das candidaturas antes da sua apresentação**. Recorra às reuniões de informação e a uma pessoa de confiança para efetuar a revisão final da sua candidatura antes de a apresentar.

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

PO BOX 4538 , VINEYARD HAVEN MA 02568 P.H. 508-693-4419/ FAX 508-693-5710
DCRHA@HOUSINGAUTHORITYMV.ORG

CERTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTOS Carl Widdiss Way Informação e candidatura

É política da Autoridade Regional de Habitação do Condado de Dukes verificar todas as informações contidas nesta candidatura. Em reconhecimento desta política, por favor assine o(s) seu(s) nome(s) onde indicado.

Todos os membros do agregado familiar com idade igual ou superior a 18 anos que vão viver na casa devem assinar abaixo.

Certifico/certificamos o seguinte:

- Todas as informações contidas e apresentadas em apoio da presente candidatura são verdadeiras e completas, tanto quanto é do meu conhecimento e convicção. Estou/estamos cientes de que qualquer declaração falsa pode resultar na anulação da minha candidatura.
- Consentimento para Liberação de Informações: Autorizamos os representantes da Autoridade Regional de Habitação do Condado de Dukes a fornecer e receber informações do(s) meu(s) empregador(es), da(s) minha(s) instituição(ões) financeira(s), do Island Housing Trust, de outros programas de assistência à habitação ou de organismos reguladores, e/ou de outras organizações (Conselho de Antecedentes Criminais, etc.) para verificar as informações contidas nesta candidatura e para confirmar a minha elegibilidade para oportunidades de arrendamento.
- Comprendemos que o preenchimento desta candidatura se destina a ser colocado, através de sorteio, numa lista para análise posterior e **não garante** a minha/nossa elegibilidade para o programa e/ou para uma oferta de arrendamento um apartamento económico no Carl Widdiss Way Apartments.

Assinatura _____ Nome em letra de forma _____ Data da assinatura _____

Assinatura _____ Nome em letra de forma _____ Data da assinatura _____

Assinatura _____ Nome em letra de forma _____ Data da assinatura _____

Assinatura _____ Nome em letra de forma _____ Data da assinatura _____



A Autoridade Regional de Habitação do Condado de Dukes não discrimina com base na raça, cor, religião, sexo, nacionalidade, ascendência, orientação sexual, idade, estatuto familiar, estado civil, estatuto de veterano, assistência pública, deficiência, informação genética, identidade de género ou qualquer outra classe protegida por lei estatal, federal ou local, no acesso ou admissão ao(s) seu(s) programa(s) de habitação, ou emprego, ou qualquer outro dos seus programas, actividades, funções ou serviços. A Autoridade Regional de Habitação do Condado de Dukes está empenhada em garantir que cada indivíduo tenha oportunidades iguais de usar e usufruir dos benefícios desta oferta.

Dukes County Regional Housing Authority

VERIFICAÇÃO DA CONTA BANCÁRIA

(A utilização de corretivos brancos, corretivos pretos ou a alteração das informações originais anulará o presente documento)

Nome do projeto:		ID da unidade:		Data:	
Requerente/inquilino:		SSN:			

Contato do banco:

Nome do banco:		Pessoa de contacto:			
Endereço:		Telefone:		Fax:	
Cidade:		Estado:		Zip:	
				Correio eletrónico	

A minha assinatura autoriza a verificação das informações da minha conta bancária:

Assinatura do requerente/inquilino

Data

O indivíduo nomeado diretamente acima é um requerente/inquilino do **Programa de Crédito Fiscal para Habitação de Baixo Rendimento do IRC § 42**. As informações fornecidas serão utilizadas para determinar a elegibilidade para o programa e permanecem confidenciais apenas para satisfazer esse objetivo declarado. A vossa resposta imediata é crucial e será muito apreciada.

Com os melhores cumprimentos,

Kay-Ann Fraser, DCRHA

Proprietário do projeto/agente de gestão

DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO A:

Dukes County Regional Housing Authority

Fax 508 693 5710

Correio eletrónico: Kay@housingauthoritymv.org

ESTA SECÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELO BANCO

Número da conta corrente	Saldo médio a 6 meses	Taxa de juro	Saldo atual
	\$	%	\$
	\$	%	\$
	\$	%	\$
	\$	%	\$
Número da conta poupança	Saldo atual	Taxa de juro	
	\$	%	
	\$	%	
	\$	%	
	\$	%	
OUTRA conta (ou seja, CD; mercado monetário; débito, etc.)	Saldo atual	Taxa de juro	Penalização de retirada
	\$	%	
	\$	%	
	\$	%	
	\$	%	

Se for necessário espaço adicional, anexar uma folha separada com informações, data e assinatura

Assinatura

Data

Nome e título da pessoa que fornece as informações

Telefone

#Fax #

E-Mail

NOTA: A Secção 1001 do Título 18 do Código dos EUA considera crime fazer declarações falsas ou deturpações intencionais a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos relativamente a qualquer assunto da sua jurisdição

Dukes County Regional Housing Authority

VERIFICAÇÃO DE EMPREGO

(A utilização de corretivos brancos, pretos ou a alteração das informações originais anulará o presente documento)

Nome do projeto:	ID da unidade:	Data:
Requerente/inquilino:	SSN:	

Contato do empregador:

Nome da empresa:	Pessoa de contato:		
Endereço:	Telefone:	Fax:	
Cidade:	Estado:	Zip:	Correio eletrônico:

A minha assinatura autoriza a verificação das informações sobre os meus rendimentos de trabalho:

Assinatura do requerente/inquilino

data

O indivíduo nomeado diretamente acima é um requerente/inquilino do **Programa de Crédito Fiscal para Habitação de Baixo Rendimento do IRC § 42**. As informações fornecidas serão utilizadas para determinar a elegibilidade para o programa e permanecem confidenciais apenas para satisfazer esse objetivo declarado. A vossa resposta imediata é crucial e será muito apreciada.

Com os melhores cumprimentos,

Kay-Ann Fraser, DCRHA

Proprietário do projeto/agente de gestão

DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO A:

Dukes County Regional Housing Authority
 Fax 508 693 5710
 Correio eletrónico:
 Kay@housingauthoritymv.org

ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELO EMPREGADOR

- Responda a todas as perguntas de forma completa, sem deixar espaços em branco
- Forneça um relatório do histórico salarial do trabalhador ao devolver este formulário preenchido

Nome do empregado: _____ Tipo de Serviço _____

Atualmente Empregado Sim Data de contratação ___/___/___ Não Última data de emprego: ___/___/___

Ganho atual (marque um) Por Hora Salario \$ _____ Frequência de pagamento Semanal Quinzenal Mensal Semestral Anual

número de semanas trabalhadas por ano: _____ Método de pagamento Dinheiro Cheque Depósito direto

Número de horas regulares programadas por semana: _____

(Se o horário variar, indicar a média prevista) -

Remuneração bruta anual até à data: \$ _____
De ___/___/___ Até ___/___/___
Número de períodos de pagamento incluídos nos ganhos acumulados do ano até a data acima _____

Salário bruto do ano anterior: \$ _____

Taxa de horas extras: \$ _____ por hora Média de horas extras por semana: _____

Taxa diferencial de turno: \$ _____ por hora Número médio de horas diferenciais de turno por semana _____

Comissões, bônus, gorjetas, outros: \$ _____ Frequência Semanal Quinzenal Mensal Semestral Anual Outra

Indicar a alteração mais recente do salário do trabalhador: \$ _____ % _____ / Data efetiva: ___/___/___

Indique qualquer alteração prevista no salário do trabalhador nos próximos 12 meses: \$ _____ Data efetiva: _____

Se o trabalho do trabalhador for sazonal ou esporádico, indicar o(s) período(s) de dispensa: _____

O empregado é elegível para o seguro desemprego durante o período que foi dispensado? Não Sim

O funcionário participa de algum plano de aposentadoeia, por exemplo, 401k? Não Sim Observações adicionais _____

Assinatura do Empregador

Nome e Cargo Impressos do Empregador

Data

Nome e endereço do empregador

Telefone

#Fax #

E-Mail

NOTA: A Secção 1001 do Título 18 do Código dos EUA considera crime fazer declarações falsas ou deturpações intencionais a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos relativamente a qualquer assunto da sua jurisdição

Dukes County Regional Housing Authority

DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS DE TRABALHO INDEPENDENTE

Utilize este formulário para qualquer requerente ou residente que receba rendimentos como empresário, contratante independente, empresário em nome individual, pagamento em dinheiro, trabalho provisório, etc.

Requerente/Inquilino: _____

Nome da Empresa: _____

Endereço Comercial: _____

Tipo de Atividade: _____

Cargo Ocupado: _____

Data de Início: _____

Rendimento Anual Bruto Previsto: \$ _____

Despesas Anuais Previstas da Empresa: \$ _____

Lucro Anual Previsto: \$ _____

Lucro (ou Perda) do Ano Anterior: \$ _____

Levantamentos de Dinheiro da Empresa: \$ _____

Apresenta declarações de **SIM** Número de identificação fiscal _____ **NÃO** impostos?

Em caso afirmativo, apresentar as declarações fiscais com o modelo C dos últimos 3 anos

*Em caso negativo, indique _____
porquê:*

- *Se não foram apresentadas declarações fiscais, apresentar um relatório de lucros/perdas para cada mês desde o início da atividade*
- *Inclua documentos como faturas, recibos, um plano de negócios escrito ou uma declaração contábilística dos rendimentos da empresa.*

Sob pena de perjúrio, certifico que as informações apresentadas na presente certificação são verdadeiras e exatas tanto quanto é do meu conhecimento. O abaixo-assinado compreende ainda que prestar falsas declarações constitui um ato de fraude. Informações falsas, enganosas ou incompletas podem resultar na rescisão de um contrato de aluguel.

Assinatura do requerente

Data

Dukes County Regional Housing Authority
DECLARAÇÃO JURAMENTADA DE TRABALHADOR SAZONAL

Qualquer adulto que se candidate a viver numa unidade de crédito fiscal e que tenha um emprego sazonal deve preencher este formulário

Requerente/inquilino: _____ **Unidade #:** _____

Nome do Empregador Sazonal: _____

Está empregado neste emprego apenas durante uma parte do ano?

SIM

NÃO

Indique as datas em que **não** trabalha neste emprego:

Durante o seu período de dispensa, assinale os seguintes itens, se aplicável:

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Receberei o subsídio de desemprego | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. Tenho/terei que procurar outro emprego | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3. Receberei receitas de presentes de amigos/família/etc | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4. Mantereí o meu estatuto de rendimento zero | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5. Outros | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

- Em caso de resposta **afirmativa** às perguntas 1, 2 ou 3, indicar o montante dos rendimentos que se prevê receber:

- Se **OUTRO**, explicar:

Sob pena de perjúrio, certifico que as informações apresentadas na presente certificação são verdadeiras e exatas tanto quanto é do meu conhecimento. O abaixo-assinado compreende ainda que prestar falsas declarações constitui um ato de fraude. Informações falsas, enganosas ou incompletas podem resultar na rescisão de um contrato de aluguer.

(Assinatura do inquilino)

Data

(Assinatura do administrador da DCRHA)

Data

Dukes County Regional Housing Authority

DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS DE GORJETAS/GRATIFICAÇÕES

Requerente/inquilino: _____ Unidade #: _____

Nome da entidade patronal: _____

Título do emprego: _____

1. Recebe gorjetas ou gratificações neste emprego? SIM NÃO

2. Indique o montante médio das gorjetas/gratificações recebidas:

\$ _____ por dia semana outro _____

3. Todas as gorjetas são comunicadas ao empregador? SIM NÃO

Em caso **negativo**, explicar:

4. Indique o montante médio de gorjetas/gratificações não declaradas recebidas:

\$ _____ por dia semana outro _____

Sob pena de perjúrio, certifico que as informações apresentadas na presente certificação são verdadeiras e exactas tanto quanto é do meu conhecimento. O abaixo-assinado compreende ainda que prestar falsas declarações constitui um ato de fraude. Informações falsas, enganosas ou incompletas podem resultar na rescisão de um contrato de arrendamento.

(Assinatura do inquilino)

Data

(Assinatura do gestor)

Data

Dukes County Regional Housing Authority

VERIFICAÇÃO DO RENDIMENTO DE DESEMPREGO

(A utilização corretivos brancos, pretos ou a alteração das informações originais anulará o presente documento)

Nome do projeto:		ID da unidade:		Data:	
Requerente/inquilino no:		SSN:			

AGÊNCIA QUE CONCEDE AS PRESTAÇÕES

Nome da agência:		Nome de contacto:					
Endereço:		Telefone:		Fax:			
Cidade:		Estado:		Zip:		Correio eletrónico:	

A minha assinatura autoriza a verificação das informações sobre o meu rendimento de desemprego:

Assinatura do requerente/inquilino

Data

O indivíduo nomeado diretamente acima é um requerente/inquilino do **Programa de Crédito Fiscal para Habitação de Baixo Rendimento do IRC § 42**. As informações fornecidas serão utilizadas para determinar a elegibilidade para o programa e permanecem confidenciais apenas para satisfazer esse objetivo declarado. A vossa resposta imediata é crucial e será muito apreciada.

Com os melhores cumprimentos,

Kay-Ann Fraser, DCRHA

Proprietário do projeto/agente de gestão

DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO A:

Dukes County Regional Housing Authority

Fax 508 693 5710

Correio eletrónico: Kay@housingauthoritymv.org

ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELA ADMINISTRAÇÃO DE PRESTAÇÕES

- INDIQUE TODAS AS PRESTAÇÕES RECEBIDAS PELO REQUERENTE/INQUILINO ACIMA INDICADO
- ANEXAR UM HISTORIAL DE REMUNERAÇÕES DOS ÚLTIMOS 12 MESES

As prestações estão atualmente a ser pagas? SIM NÃO Se NÃO, quando é que terminaram: _____

Em caso afirmativo, indicar o montante : \$ _____ Semanal Quinzenal Mensal Outro: _____

Quando é que os pagamentos começaram: _____

Quando é que os pagamentos terminam: _____

Lista de todas as extensões disponíveis: _____

O indivíduo é obrigado a procurar ativamente emprego? SIM NÃO

Indique as alterações previstas: _____

Por favor, indique quaisquer observações úteis: _____

Assinatura

Data

Nome e título da pessoa que fornece as informações

Telefone

Fax

E-Mail

NOTA: A Secção 1001 do Título 18 do Código dos EUA considera crime fazer declarações falsas ou deturpações intencionais a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos relativamente a qualquer assunto da sua jurisdição

Dukes County Regional Housing Authority

VERIFICAÇÃO DOS RENDIMENTOS DE PENSÕES ALIMENTÍCIAS OU DE PENSÃO ALIMENTÍCIA ENTRE EX-CÔNJUGES

Envie este formulário à pessoa que está a pagar a pensão alimentícia aos filhos ou a pensão alimentícia entre ex-cônjuges. Se os pagamentos forem efetuados devido a uma ordem judicial formal, inclua a sentença de divórcio no processo do inquilino.

Requerente/inquilino: _____ Unidade #: _____

Nome e endereço do Contribuinte:

Nome: _____ Relação: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefone: _____ Fax: _____ Email: _____

Eu, _____ contribuo com a seguinte ajuda para a pessoa acima mencionada.

Dinheiro: \$ _____ Frequência: _____

Trata-se de APOIO AOS FILHOS ou Ex-Cônjuge

Estes pagamentos são efetuados através de um acordo formal ou acordo

informal. Esta assistência será alterada nos próximos 12 meses? SIM NÃO

Em caso afirmativo, descrever: _____

NOTA: A Secção 1001 do Título 18 do Código dos EUA considera crime fazer declarações falsas ou deturpações intencionais a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos relativamente a qualquer assunto da sua jurisdição

Sob pena de perjúrio, certifico que as informações apresentadas na presente certificação são verdadeiras e exactas tanto quanto é do meu conhecimento. O abaixo-assinado compreende ainda que prestar falsas declarações constitui um ato de fraude.

(Assinatura do contribuinte)

Data

Dukes County Regional Housing Authority
VERIFICAÇÃO DE PENSÃO

(A utilização de corretivos brancos, corretivos pretos ou a alteração das informações originais anulará o presente documento)

Nome do projeto:		ID da unidade:		Data:	
Requerente/inquilino:		SSN:			

Provedor da pensão:

Nome da empresa:		Nome de contato:			
Endereço:		Telefone:		Fax:	
Cidade:		Estado:		Código Postal:	
				Correio eletrônico:	

A minha assinatura autoriza a verificação das informações da minha conta de pensão:

Assinatura do requerente/inquilino

Data

O indivíduo nomeado diretamente acima é um requerente/inquilino do **Programa de Crédito Fiscal para Habitação de Baixo Rendimento do IRC § 42**. As informações fornecidas serão utilizadas para determinar a elegibilidade para o programa e permanecem confidenciais apenas para satisfazer esse objetivo declarado. A vossa resposta imediata é crucial e será muito apreciada.

Com os melhores cumprimentos,

Kay-Ann Fraser, DCRHA

Proprietário do projeto/agente de gestão

DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO A:
Dukes County Regional Housing Authority
Fax 508 693 5710
Correio eletrónico: Kay@housingauthoritymv.org

ESTA SECÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE PENSÃO

Número da conta de pensão	Saldo atual	O requerente/inquilino pode converter-se em dinheiro?		Juros/Dividendos*
	\$	<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 rendimentos variarem ou não puderem ser previstos, indicar o total de juros/dividendos do trimestre mais recente (mesmo que reinvestidos)

A pessoa recebe pagamentos periódicos de alguma das contas acima indicadas? SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencher o seguinte formulário:

Número de conta	Montante bruto do pagamento	Frequência de pagamento		Fixo ou sujeito a alterações?	
	\$	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Fixo	<input type="checkbox"/> Sujeito a alterações
	\$	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Fixo	<input type="checkbox"/> Sujeito a alterações
	\$	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Fixo	<input type="checkbox"/> Sujeito a alterações
	\$	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Fixo	<input type="checkbox"/> Sujeito a alterações

Indique as alterações previstas:

Assinatura

Data

Nome e título da pessoa que fornece as informações

Telefone

#Fax #

E-Mail

NOTA: A Secção 1001 do Título 18 do Código dos EUA considera crime fazer declarações falsas ou deturpações intencionais a qualquer Departamento ou Agência dos Estados Unidos relativamente a qualquer assunto da sua jurisdição

Dukes County Regional Housing Authority

CERTIFICAÇÃO DE RENDIMENTO ZERO

(Deve ser preenchido por todos os membros adultos do agregado familiar sem rendimentos declarados)

Requerente/inquilino: _____ **Unidade #:** _____

1. Não tenho atualmente qualquer tipo de rendimento e não prevejo qualquer alteração nos próximos 12 meses SIM NÃO

2. Há anos que vivo com um rendimento nulo _____ anos e _____ meses

3. Certifico que não recebo individualmente rendimentos de nenhuma das seguintes fontes:

- a. Salários de trabalho (incluindo comissões, gorjetas, bónus, etc.)
- b. Rendimento da exploração de uma empresa
- c. Rendimentos de aluguer de bens imóveis ou pessoais
- d. Juros ou dividendos de activos
- e. Pagamentos da Segurança Social, anuidades, apólices de seguro, fundos de reforma, pensões ou prestações por morte
- f. Prestações de desemprego ou de invalidez
- g. Pagamentos de assistência pública
- h. Subsídios periódicos, tais como pensão de alimentos, apoio aos filhos ou presentes de pessoas que não vivem no meu agregado familiar
- i. Vendas de recursos autónomos (Avon, Mary Kay, etc.)
- j. Pagamentos em numerário
- k. Qualquer outra fonte não mencionada acima

4. A razão pela qual não tenho rendimentos é: _____

5. Utilizarei as seguintes fontes de fundos para pagar:

Aluguel: _____
Utilidades: _____
Alimentação: _____
Vestuário: _____
Transporte: _____
Internet/Cabo/Telefone: _____
Produtos de higiene pessoal: _____

Cartões de crédito/empréstimos/cobranças: _____

Sob pena de perjúrio, certifico que as informações apresentadas na presente certificação são verdadeiras e exactas tanto quanto é do meu conhecimento. O abaixo-assinado compreende ainda que prestar falsas declarações constitui um ato de fraude. Informações falsas, enganosas ou incompletas podem resultar na rescisão de um contrato de aluguer.

(Assinatura do requerente/inquilino)

Data

(Assinatura do diretor da DCRHA)

Data

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

346 State Road - P.O. Box 4538 -Vineyard Haven, MA 02568

Telefone: (508) 693-4419 - Fax: (508) 693-5710 - Correio eletrônico:

dcrha@housingauthoritymv.org

A missão do DCRHA é ajudar as 6 cidades de Martha's Vineyard

com o aumento das oportunidades de habitação durante todo o ano para os residentes com rendimentos baixos e moderados.

FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE REFERÊNCIAS DO LOCADOR

Nome do requerente _____

Endereço atual ou anterior _____

Nome do Proprietário _____

Locador atual _____ Locador anterior _____ Outro: _____

Datas de arrendamento do requerente: De _____ até _____

I. PAGAMENTO DO ALUGUEL

- a. Qual é (era) o montante da renda? _____
- b. O requerente tem (tinha) a renda em dia? _____
- c. Alguma vez chegou atrasado(a) _____ Quão atrasado(a)? _____ Com que frequência? _____
- d. Já deu (deu) início a um processo de despejo por: falta de pagamento? _____ infrações ao contrato de arrendamento? _____
- e. O requerente ainda lhe deve dinheiro? _____
- f. Alguma parte da renda foi subsidiada? _____

II CUIDADOS A TER COM A UNIDADE

- a. Em que condições é que o requerente arrendou o apartamento? Excelente _____ B o a s _____
R a z o á v e l _____ Mau _____ Por favor, explique: _____
- b. O requerente danificou a unidade? _____
Descrever: _____
- c. O requerente pagou (pagou) os danos? _____
- d. Vai (ficou) com algum do depósito de segurança? _____

III GERAL

- a. Número de quartos _____ Número de ocupantes adultos _____ Número de crianças _____
- b. O requerente tem (tinha) um contrato de arrendamento escrito? _____
Em caso afirmativo, a pessoa residiu na sua unidade até à data de expiração do contrato de arrendamento?
Se estiver atualmente em regime de arrendamento, indicar a data de expiração e o pré-aviso necessário: DataNotificação de dias _____
- c. O candidato cumpre os termos do contrato de arrendamento e obedece às regras e regulamentos? _____
- d. O requerente tem (teve) animais de estimação? _____
- e. O candidato ou os membros da sua família danificaram ou vandalizaram as áreas comuns? _____
Descrever _____
- f. Foram apresentadas queixas de inquilinos ou vizinhos sobre o candidato ou sobre familiares ou amigos do candidato?
Descrever _____
- g. A polícia foi chamada à unidade por si ou por algum vizinho? _____ Com que frequência? _____
- h. O requerente prestou-lhe (prestou) informações falsas? _____ Descrever _____
- i. Alugaria para este candidato novamente? _____ Se não, porquê? _____

Assinatura: _____ Data _____

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

346 State Road - P.O. Box 4538 -Vineyard Haven, MA 02568

Telefone: (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 das oportunidades de habitação durante todo o ano para os residentes com rendimentos baixos e moderados.

FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE REFERÊNCIAS DO LOCADOR

Nome do requerente _____

Endereço atual ou anterior _____

Nome do p r o p r i e t á r i o _____

Locador atual _____ Locador anterior _____ Outro _____

Datas de arrendamento do requerente: D e _____ até _____

I. PAGAMENTO DO ALUGUER

- a. Qual é (era) o montante da renda? _____
- b. O requerente tem (tinha) a renda em dia? _____
- c. Alguma vez chegou atrasado(a) _____ Quão atrasado(a)? _____ Com que frequência? _____
- d. Já deu (deu) início a um processo de despejo por: falta de pagamento? _____ infracções ao contrato de arrendamento? _____
- e. O requerente ainda lhe deve dinheiro? _____
- f. Alguma parte da renda foi subsidiada? _____

II CUIDADOS A TER COM A UNIDADE

- a. Em que condições é que o requerente arrendou o apartamento? Excelente _____ B o a s _____
R a z o á v e l _____ Mau _____ Por favor, explique: _____

- b. O requerente danificou a unidade? _____
Descrever: _____
- c. O requerente pagou (pagou) os danos? _____
- d. Vai (ficou) com algum do depósito de segurança? _____

III GERAL

- a. Número de quartos _____ Número de ocupantes adultos _____ Número de crianças _____
- b. O requerente tem (tinha) um contrato de arrendamento escrito? _____
Em caso afirmativo, a pessoa residiu na sua unidade até à data de expiração do contrato de arrendamento?
Se estiver atualmente em regime de arrendamento, indicar a data de expiração e o pré-aviso necessário: DataNotificação de dias _____
- c. O candidato cumpre os termos do contrato de arrendamento e obedece às regras e regulamentos? _____
- d. O requerente tem (teve) animais de estimação? _____
- e. O candidato ou os membros da sua família danificaram ou vandalizaram as áreas comuns? _____
Descrever _____
- f. Foram apresentadas queixas de inquilinos ou vizinhos sobre o candidato ou sobre familiares ou amigos do candidato?
Descrever _____
- g. A polícia foi chamada à unidade por si ou por algum vizinho? _____ Com que frequência? _____
- h. O requerente prestou-lhe (prestou) informações falsas? _____ Descrever _____
- i. Você alugaria para este candidato novamente? _____ Se não, porquê? _____

Assinatura: _____ Data _____

AUTORIDADE REGIONAL DE HABITAÇÃO DO CONDADO DE DUKES

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

Telefone: (508) 693-4419 - Fax: (508) 693-5710 - Email: derha@housingauthoritymv.org

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PESSOAL

Nome do requerente _____

Telefone _____ Email: _____

Endereço do requerente _____

Nome da referência pessoal _____

Telefone _____ Email: _____

Endereço de referência _____

Qual é a sua relação com o candidato (empregador, amigo, vizinho, etc.)? _____

Há quanto tempo conhece o candidato? _____

Tanto quanto é do seu conhecimento, o candidato lida bem com o fato de viver na proximidade de outras pessoas? Sim / Não. Em caso negativo, queira explicar: _____

Considera que o candidato tem, de um modo geral, consideração pelos outros? Sim / Não
Em caso negativo, queira explicar: _____

Considera que este indivíduo respeita a propriedade dos outros? Sim / Não
Em caso negativo, queira explicar _____

Considera que esta pessoa se sentiria razoavelmente confortável e segura a viver sozinha? Sim / Não
Se não, por favor explique: _____

Tanto quanto é do seu conhecimento, o requerente e/ou outros membros do agregado familiar fumam? Sim / Não

Considera que o candidato tem relações que poderiam proporcionar um bom apoio, se necessário?
Sim / Não Em caso negativo, queira explicar: _____

Tanto quanto é do seu conhecimento, esta pessoa tem familiares que vivem em Martha's Vineyard?
Sim / Não

Diria que esta pessoa cuida geralmente da sua aparência e necessidades de higiene? Sim / Não
Se não, por favor, explique: _____

Comentários adicionais? _____

Assinatura da pessoa que preenche o presente formulário: _____ Data _____

A Autoridade de Habitação agradece a sua ajuda nos esforços do candidato para obter alojamento.



Este formulário não deve ser enviado por fax. Devolver o formulário à organização.

**Formulário de Reconhecimento de Informações do Registro
Criminal (CORI)
Formulário de Reconhecimento**

A ser utilizado por organizações que efetuam controlos CORI para fins de alojamento.

_____ está registado no

(Organização)

disposições da M.G.L. c.6, § 172 para receber CORI com o objetivo de examinar os candidatos ao aluguer ou arrendamento de habitação. Como candidato ao aluguer ou arrendamento de habitação, compreendo que será submetida ao DCJIS uma verificação CORI relativa às minhas informações pessoais. Por este meio, reconheço e dou autorização para

_____ (Organização)

para submeter uma verificação CORI para as minhas informações ao DCJIS. Esta autorização é válida por um ano a partir da data da minha assinatura. Posso retirar esta autorização em qualquer altura, f o r n e c e n d o _____

(Organização)

com uma notificação escrita da minha intenção de retirar o consentimento para um controlo CORI.

Ao assinar abaixo, dou o meu consentimento para uma verificação CORI e afirmo que as informações fornecidas na página 2 de este formulário de reconhecimento são verdadeiras e exactas.

_____ *Assinatura do titular da informação CORI*

_____ *Data*



**COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS EXECUTIVE
OFFICE OF PUBLIC SAFETY AND SECURITY**
Serviços de informação do Departamento de Justiça Penal
 200 Arlington Street, Suite 2200, Chelsea, MA 02150
 TEL: 617-660-4640 | TTY: 617-660-4606 | FAX: 617-660-5973
 MASS.GOV/CJIS



INFORMAÇÕES SOBRE O ASSUNTO

Preencha esta secção com as informações da pessoa cujo CORI está a solicitar.
Os campos assinalados com um asterisco (*) são campos obrigatórios.

* Nome próprio: _____ Inicial do meio: _____

* Apelido: _____ Sufixo (Jr., Sr., etc.): _____

Apelido anterior 1: _____

Apelido anterior 2: _____

Apelido anterior 3: _____

Apelido anterior 4: _____

* Data de nascimento (MM/DD/AAAA): _____ Local de nascimento: _____

* Últimos **SEIS** dígitos do número de "social security": _____ -- Sem número de "social security"

Sexo: _____ Altura: _____ pés. ____ in. Cor dos olhos: _____ Raça: _____

Número da carteira de motorista ou carteira de identidade: _____ Estado emissor: _____

Nome completo do pai: _____

Nome completo da mãe: _____

Endereço atual

* Endereço de rua: _____

Apt. # ou Suite: _____ *Cidade: _____ *Estado: _____ Código Postal: _____

SUJEITO A VERIFICAÇÃO

As informações acima foram verificadas através da análise do(s) seguinte(s) documento(s) de identificação emitido(s) pelo governo:

Verificado por:

Nome em letra de imprensa do empregado verificador

Assinatura do funcionário verificador

Data

DUKES COUNTY REGIONAL HOUSING AUTHORITY

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

Telefone: (508) 693-4419 - Fax: (508) 693-5710 - E-mail: dcrha@housingauthoritymv.or

Nome do requerente/inquilino: _____

Endereço: _____

Preenchido por: (assinalar um)

Mudança de residência; data efetiva: _____

Recertificação anual; data efetiva: _____

Todas as pessoas do seu agregado familiar são ou foram estudantes a tempo inteiro durante cinco meses do ano de certificação? [Sim] Não

Em caso afirmativo, alguém do seu agregado familiar:

- É estudante e recebe AFDC/TANF? [Sim] [] Não
- Um aluno que esteve anteriormente num programa de acolhimento ao abrigo da Parte B ou da Parte E do título IV da Lei da Segurança Social? [Sim] [] Não
- Um estudante inscrito num programa de formação profissional ao abrigo da Job Training Partnership Act (federal, estatal ou local)? [Sim] [] Não
- Um progenitor solteiro que viva com os seus filhos menores e que não esteja a cargo (tal como definido na Secção 152) e cujos filhos não estejam a cargo de outra pessoa que não seja um progenitor? [Sim] [] Não
- Casado e apresentar uma declaração conjunta [Sim] [] Não

Concordo em notificar imediatamente a direcção se o meu estatuto de estudante mudar. Compreendo que as alterações no estatuto de estudante podem afetar a minha elegibilidade para participar neste Programa.

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

(Assinatura do inquilino)

Data

(Assinatura do co-inquilino)

Data

(Assinatura do co-inquilino)

Data

(Assinatura do co-inquilino)

Data

(Assinatura do gestor)

Data