Formulario Tipo 3

**Formulario Tipo de Solicitud**

**EL AGENTE PROPORCIONARÁ AYUDA PARA LA REVISIÓN DE ESTE DOCUMENTO. DE SER NECESARIO, LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES PUEDEN PREGUNTAR POR ESTA SOLICITUD EN IMPRESIÓN CON LETRA GRANDE U OTROS FORMULARIOS ALTERNATIVOS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL SITIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **SOLICITUD PRELIMINAR DE RENTA****Oportunidad de Viviendas Sociales**Favor de imprimir y llenar TODA la información |
| **DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **CIUDAD, ESTADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| FAX: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| TDD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**

Nota: Favor de llenar todas las secciones completamente. El no hacerlo resultará en la demora del proceso o el rechazo de su solicitud. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, contacte a la Oficina de Arrendamiento.

**Solicitante: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel de casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 calle ciudad estado cp

Dirección de correo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(si es diferente) calle ciudad estado cp

Etnia: (Sección opcional: La información se utilizará para programas de vivienda diga, como lo requiere la Ley Estatal y Federal.)

[ ] Indio Americano / Nativo de Alaska [ ] Asiático o Isleño del Pacífico

[ ] Negro (no de origen Hispano) [ ] Hispano

[ ] Blanco (no de origen Hispano)

Nota: Bajo solicitud del Agente, tiene el derecho a recibir un Resumen del Plan de Selección de Inquilinos (Con Inserción de la Descripción del Programa) el cual resume el proceso de solicitud de inquilinos, incluyendo los requisitos de elegibilidad y evaluación, para la ocupación en el Desarrollo.

**TAMAÑO DE LA NECESIDAD DE DEPTO.: TIPO DE UNIDAD REQUERIDA:**

0BR 1BR 2BR 3BR 4BR 5BR 6BR

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Alquiler de mercado Silla de ruedas

 [ ] Renta Básica Unidad adaptada

 [ ] Renta Baja [ ] Si [ ] No

 Auditivo/Visual

 Unidad Adaptada

 [ ] Si [ ]No

¿Algunos miembros de la familia requieren de alguna facilidad de acceso o ajustes razonables o cambios en una unidad o desarrollo o formas alternas que necesitemos para comunicarnos con usted?

[ ] Si [ ] No Si la respuesta es afirmativa, explique por qué. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Costo mensual de la vivienda actual $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Incluyendo servicios? [ ] Si ][ ] No

¿Por cuánto tiempo ha habitado en su dirección actual? \_\_\_\_\_\_\_ años.

Explique las razones por las que se está mudado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de este desarrollo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTRUCTURA FAMILIAR**

Mencione a todas las personas que vivirán en el departamento. INCLUYENDOLO A USTED.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DE CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA** | **RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA** | **EDAD** | **SEXO** | **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** | **ALUMNO DE TIEMPO COMPLETO****(marque uno)** |
| 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Jefe de familia | \_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si o No |
|  | Fecha de nacimiento (sólo del jefe de familia): \_\_\_\_\_\_\_ |
| 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si o No |
| 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si o No |
| 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si o No |
| 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si o No |
| 6 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si o No |
| 7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si o No |

REFERENCIAS

Proporcione el nombre completo y dirección del Arrendador o de los Representantes de otros lugares donde haya habitado en los últimos cinco años o las dos últimas residencias, el que resulte más incluyente (incluya refugios).

Nombre de Arrendatario/Representante actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Arrendatario/Representante anterior \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su familia recibe actualmente asistencia federal (HUD) o estatal para vivienda? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. En caso afirmativo, mencione los miembros de la familia y el tipo de asistencia recibida.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Miembro de la familia Tipo de Asistencia para la Vivienda Ubicación**

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

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

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Si no puede proporcionar un arrendador u otra referencia de vivienda, favor de proporcionar referencias personales. Deberán conocerle por un (1) año o más y no tener relación con usted.

Nombre de Referencia Personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Referencia Personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INGRESOS LABORALES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Por favor, indique el ingreso recibido y los activos en posesión de cada miembro de su familia. Mencione a cada miembro con el número correspondiente en la primer página.

**Miembro #\_\_\_\_\_**

Nombre del Jefe Actual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Años laborados \_\_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sueldo actual $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]semanal [ ]quincenal [ ]mensual

**Miembro #\_\_\_\_\_**

Nombre del Jefe Actual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Años laborados \_\_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sueldo actual $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]semanal [ ]quincenal [ ]mensual

**Miembro #\_\_\_\_\_**

Nombre del Jefe Actual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Años laborados \_\_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sueldo actual $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]semanal [ ]quincenal [ ]mensual

**OTRAS FUENTES DE INGRESO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Mencione todos los otros ingresos tales como Prestaciones Sociales, Seguro Social, SSI, Pensiones, Indemnización por Discapacidad, Indemnización por Desempleo, Intereses, Pensión Alimenticia, Manutención infantil, Anualidades, Dividendos, Ingresos por Renta de Propiedad, Pagos Militares, Becas escolares, y/o Subvenciones.

**Miembro de la familia Tipo de ingreso Ingresos brutos**

 **(Antes de impuestos)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (semana, mes año)

**INGRESOS POR ACTIVOS**

Los activos incluyen Cuentas de Cheques, Cuentas de Ahorros, Certificado a Plazo, Mercados Monetarios, Acciones, Bonos, Patrimonio de Bienes Raíces y Efectivo por Póliza de Seguro de Vida.

**Miembro de la familia Tipo de ingreso Ingresos brutos**

 **(Antes de impuestos)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (semana, mes año)

**POR FAVOR RESPONDA ESTAS PREGUNTAS SI DESEA SER CONSIDERADO POR PRIORIDADES O DEDUCCIONES/CONSIDERACIONES ESPECIALES:**

1.¿Ha sido desplazado de su hogar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor explique.

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

2. ¿Su departamento actual presenta violaciones al código de salud? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿Su departamento actual es demasiado pequeño para su familia? Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

4.¿Su vivienda actual provoca problemas de acceso o de otro tipo a cualquier miembro de la familia que tiene una discapacidad? Si \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5¿Usted o algún miembro de la familia sufre violencia física o amenazas por el esposo o de otro miembro de la familia? En caso afirmativo, por favor proporcione detalles.

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

**Información adicional requerida**

¿Usted o algún miembro de la familia requiere registrarse como agresor sexual bajo las leyes de Massachusetts o de algún otro estado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. En caso afirmativo, mencione el nombre de las personas y los requisitos de registro ( por ejemplo, el lugar donde se necesita llenar el registro, tiempo de duración que requiere el registro). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su familia ha radicado fuera de Massachusetts? \_\_\_\_\_\_\_\_\_. En caso afirmativo, favor de mencionar todos los estados de residencia de cada miembro de la familia.

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

**NOTA:** **El no responder en su totalidad estas preguntas puede resultar en el rechazo o negación de esta solicitud.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Mediante la presente Certifico / Certificamos que la información proporcionada en esta solicitud es real y verdadera, a mi/nuestro leal saber y entender. **Se pueden realizar consultas para verificar las declaraciones contenidas en la presente.** Toda la información se considera de naturaleza confidencial y **se puede solicitar un reporte de crédito del consumidor y un reporte de Información del Registro de Agresores Criminales (CORI) u otra revisión de historial criminal.** Certifico / Certificamos que entiendo/entendemos que las declaraciones o información falsa se castigan bajo la Ley Estatal o Federal aplicable.

Mediante la presente Certifico / Certificamos que he / hemos recibido una notificación del agente administrativo describiendo el derecho de ajustes razonables para personas con discapacidad.

***Firmado bajo las penalidades de perjurio.***

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

Jefe de familia/Solicitante Fecha Co Solicitante Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [escriba el nombre del Agente Administrativo], fungiendo como agente administrativo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[escriba el nombre del Desarrollo] (el “Desarrollo”) no discrimina con base en la etnia, color, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, edad, estado familiar o discapacidad física o mental en el acceso o la admisión para el Desarrollo, su trabajo o en sus programas, actividades, funciones o servicios.

**NOTA:  *Al llenar esta solicitud, el Solicitante tiene el derecho de incluir, como parte de la solicitud, el nombre, dirección, número telefónico y otra información relevante de un miembro de la familia, amigo u organización social, de salud, defensa u otra como persona de contacto para proporcionar ayuda al Solicitante en relación con la solicitud.***

***Solicitudes para Vivienda de Subsidio Federal debe incluir el formulario completo HUD-920006 (Información de Contacto Opcional y Complementaria para Solicitantes de Vivienda de Subsidio –HUD).***

*Los solicitantes para Vivienda Sin Subsidio Federal deben utilizar el Formulario HUD-920006 o proporcionar la información de contacto opcional y complementaria a continuación:*

Nombre del Contacto Adicional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona u Organización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico (si aplica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón para contactar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: *la solicitud formal debe incluir un logotipo de Oportunidad de Viviendas sociales y un logo de Acceso para Minusválidos (donde sea apropiado).***