Autoridade Habitacional de Newton
82 Lincoln Street
Newton Highlands, MA 02461

Tel: (617) 552-5501
Fax: (617) 964-8387
TD: (617) 332-3802 (para pessoas com deficiência auditiva)

Prezado(a) Candidato(a),

Agradecemos seu interesse na lista de espera do Programa de Administração da Autoridade Habitacional de Newton. Essa lista inclui apartamentos com aluguel acessível em toda a cidade de Newton. As propriedades oferecem unidades de Quarto Individual (SRO), quitinetes e apartamentos de um, dois, três e quatro quartos. Os valores do aluguel e os limites de renda podem variar de acordo com a propriedade.

Para solicitar moradia, responda a todas as perguntas do formulário de inscrição. Abaixo estão as instruções para ajudá-lo(a) a responder algumas das perguntas:

Pergunta 3: Marque se você tem interesse em solicitar moradia subsidiada ou não subsidiada (você pode selecionar uma ou ambas as opções).

- Moradia subsidiada significa que o apartamento possui um subsídio de vale-moradia (voucher) vinculado à unidade habitacional. Se você alugar um apartamento subsidiado, o valor do aluguel será de 30% da sua renda mensal. O limite de renda para moradia subsidiada é de 50% da AMI (Renda Média da Área).

- Moradia não subsidiada significa que o apartamento possui um aluguel fixo que não é baseado na renda do morador. O valor do aluguel pode ser reajustado anualmente. O aluguel de um apartamento não subsidiado varia conforme a propriedade e o número de quartos da unidade. Se você possuir um voucher móvel da Seção 8, poderá utilizá-lo em um apartamento não subsidiado.

Pergunta 5: De quantos quartos você acredita precisar? (Observação: você pode escolher mais de uma opção.)

- As unidades de Quarto Individual (SRO) são compostas por um quarto e um banheiro. A sala de estar e a cozinha são compartilhadas com os demais moradores do edifício. Apenas uma pessoa pode ocupar uma unidade SRO.
- Você pode escolher mais de uma opção. Por exemplo, se sua família é composta por 3 pessoas, você pode se inscrever para um apartamento de 2 ou de 3 quartos.

Se tiver alguma dúvida ou precisar de ajuda para preencher sua inscrição, entre em contato com a Autoridade Habitacional de Newton pelo telefone 617-552-5501.

Autoridade Habitacional de Newton
82 Lincoln Street
Newton Highlands, MA 02461

Tel: (617) 552-5501
Fax: (617) 964-8387
TDD: (617) 332-3802 (para pessoas com deficiência auditiva)

Inscrição para Moradia do Programa de Administração

As informações a seguir devem ser preenchidas para todas as pessoas que ocuparão a unidade habitacional. Preencha todos os campos. Caso alguma informação não se aplique, escreva N/A. Inscrições incompletas não serão processadas.

1. Informações do(a) Candidato(a):

Nome do(a) Candidato(a): _____

Endereço Atual: _____

Cidade/Município: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____

Endereço de E-mail: _____

Endereço para Correspondência (Preencha se for diferente do endereço acima):

_____

Cidade/Município: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

2. Você possui atualmente um voucher de moradia (Housing Choice Voucher – Seção 8 Federal/Programa de Voucher de Aluguel de Massachusetts - MRVP)?

☐ Sim ☐ Não

3. Marque se você tem interesse em solicitar moradia subsidiada ou não subsidiada (você pode selecionar uma ou ambas as opções). *Consulte a folha de apresentação do formulário de inscrição*.

☐ Moradia subsidiada ☐ Moradia não subsidiada

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

4. Composição Familiar:

	Nome	Relação com o Responsável pela Família	Data de Nascimento	Você tem alguma deficiência? (Sim/Não)	Número do Seguro Social	Ocupação (trabalhando, aposentado(a), estudante em período integral ou outro)
1.		Responsável pela Família				
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

5. De quantos quartos você acredita precisar? *(Observação: Você pode escolher mais de uma opção.)*

☐ **Quarto Individual (SRO)** ☐ **Quitinete** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4**

6. Qual é sua raça e/ou etnia? *(Observação: O preenchimento desta seção é opcional. As informações serão utilizadas apenas para programas de habitação justa, conforme exigido pelas leis federais e estaduais.)*

Marque todas as opções que se aplicam:

☐ Branco(a) ☐ Negro(a)/Afro-americano(a) ☐ Indígena Americano(a)/Nativo(a) do Alasca

☐ Asiático(a) ☐ Nativo(a) do Havaí/Outras Ilhas do Pacífico

Etnia:

☐ Hispânico(a) ou Latino(a) ☐ Não Hispânico(a) nem Latino(a)

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

7. Adaptações Razoáveis e/ou Unidades Habitacionais Acessíveis
As quatro perguntas a seguir são feitas exclusivamente com o objetivo de proporcionar igualdade de oportunidades para que você possa usufruir da moradia. Respondê-las é voluntário, mas suas respostas nos ajudarão a atender às suas necessidades.

Você precisa de uma unidade totalmente acessível para uma pessoa com deficiência de mobilidade?
☐ Sim ☐ Não

Observação: Se você precisa apenas de uma unidade localizada no térreo e ela não precisa ser totalmente acessível, responda "não" a esta pergunta e "sim" à pergunta abaixo, informando quais são suas necessidades.

Você precisa apenas de determinados recursos de acessibilidade na unidade?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, liste os recursos de acessibilidade de que você necessita:

Você precisa de uma unidade com recursos especiais para uma pessoa com deficiência auditiva e/ou visual?
☐ Sim ☐ Não

Algum membro da família possui necessidade de acessibilidade, solicitações de adaptação razoável ou necessita de uma forma alternativa de comunicação?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, explique: _____

8. Informações sobre a Renda Anual
Qual é a renda anual TOTAL de todos os membros da família?

$_____

9. Informações sobre Bens

Nos últimos dez (10) anos, você vendeu algum imóvel ou bem pessoal? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, forneça as seguintes informações:

Endereço:

_____

_____

Imóvel ☐ ou Bem Pessoal ☐ Data da Transferência: _____

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

Você possui algum imóvel atualmente?
☐ **Sim** ☐ **Não**

Ativos Financeiros:
Preencha as informações na tabela abaixo para TODOS os membros da família.

	Membro da Família	**Nome da Instituição Financeira**	**Valor do Ativo**
☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança ☐ Outro: _____			
☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança ☐ Outro: _____			
☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança ☐ Outro: _____			
☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança ☐ Outro: _____			
☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança ☐ Outro: _____			
☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança ☐ Outro: _____			
☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança ☐ Outro: _____			

10. Histórico de Locação
Forneça os endereços onde você residiu nos últimos 2 anos e, quando aplicável, os nomes, endereços e números de telefone dos proprietários ou administradores dos imóveis.

Locador Atual	Nome	
	Endereço do Locador	
	Telefone do Locador	
	Seu Endereço	
	Período em que Você Residiu no Endereço	

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

Locador Anterior	Nome	
	Endereço do Locador	
	Telefone do Locador	
	Seu Endereço	
	Período em que Você Residiu no Endereço	

11. Declaração do(a) Candidato(a):

Eu/Nós certifico/certificamos que não mantenho/mantemos nem manterei/manteremos outra unidade habitacional subsidiada para aluguel em outro local. Certifico/certificamos ainda que esta será minha/nossa residência permanente e única. Compreendo/compreendemos que minha/nossa elegibilidade para moradia será determinada com base nos limites de renda aplicáveis e nos critérios de seleção estabelecidos pela administração. Certifico/certificamos que todas as informações fornecidas neste formulário de inscrição são verdadeiras, precisas e completas, de acordo com meu/nosso conhecimento, e compreendo/compreendemos que declarações ou informações falsas fornecidas intencionalmente são passíveis de punição prevista em lei e resultarão no cancelamento desta inscrição ou na rescisão da ocupação da moradia após o início da residência. Autorizo/autorizamos, por meio deste, a divulgação de informações relacionadas à verificação de antecedentes criminais e à obtenção de referências junto ao locador. Todos os membros adultos da família, com 18 anos ou mais, devem assinar este formulário de inscrição. Além disso, qualquer responsável pelo grupo familiar, corresponsável ou cônjuge que seja menor emancipado também deverá assinar abaixo.

ESTA DECLARAÇÃO É PRESTADA SOB AS PENAS DA LEI POR FALSO TESTEMUNHO.

Assinatura do Responsável pelo Grupo Familiar: _____ Data: _____
Assinatura de Outro Membro Adulto da Família: _____ Data: _____
Assinatura de Outro Membro Adulto da Família: _____ Data: _____
Assinatura de Outro Membro Adulto da Família: _____ Data: _____

ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL

Uma adaptação razoável é uma modificação ou alteração que podemos realizar em nossos apartamentos ou em nossos procedimentos para permitir que um candidato ou morador elegível com deficiência possa usufruir plenamente da moradia alugada. Se você, ou algum membro de sua família, possui uma deficiência e, em decorrência dela, necessita de uma adaptação razoável, deverá solicitá-la. Reservamo-nos o direito de solicitar documentação que comprove a deficiência do candidato ou morador, bem como a necessidade da adaptação solicitada. Não somos obrigados a fornecer, como adaptação razoável, um serviço que normalmente não seja oferecido pela propriedade nem a prestar serviços a pessoas que não sejam moradoras da propriedade.

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

NEWTON HOUSING AUTHORITY
82 Lincoln Street
Newton Highlands, MA 02461
Telefone: (617) 552-5501 | Fax: (617) 964-8387

Suplemento de Solicitação para Vítimas de Violência Doméstica

A Autoridade de Habitação de Newton (NHA) possui várias unidades habitacionais da Seção 8 Baseadas em Projeto que têm preferência na lista de espera para famílias sem-teto que são vítimas de violência doméstica. Se você se qualificar de acordo com a definição da Lei de Prevenção de Abuso* (G.L. c. 209A, §1), preencha este suplemento à sua solicitação.

1. Você, o(a) solicitante, está sem-teto? A HUD define "sem-teto" como uma pessoa ou família sem uma residência noturna segura e estável; pessoas ou famílias prestes a perder sua residência; pessoas ou famílias que se enquadram nas categorias federais de pessoas sem-teto; e pessoas ou famílias que estão fugindo de violência.
(Marque uma opção): _____Sim _____Não

2. Você, o(a) solicitante, foi encaminhado(a) pela The Second Step?
(Marque uma opção): _____Sim _____Não

3. Você, o(a) solicitante, ou algum membro de sua família é vítima de abuso conforme definido pela Lei de Prevenção de Abuso?*
(Marque uma opção): _____Sim _____Não

4. Como resultado do abuso, você (o(a) solicitante) foi deslocado(a) ou está prestes a ser deslocado(a) diretamente como resultado do abuso?
(Marque uma opção): _____Sim _____Não

Nome do(a) solicitante: _____

Assinatura do(a) solicitante: _____

Data: _____

*A Lei de Prevenção de Abuso define "abuso" como a ocorrência de um ou mais dos seguintes atos entre "membros da família ou do mesmo domicílio":
a. Tentar causar ou causar danos físicos.
b. Fazer com que outra pessoa tenha medo de sofrer danos físicos graves e iminentes.
c. Fazer com que outra pessoa mantenha relações sexuais involuntariamente por meio de força, ameaça ou coerção.
d. Controle coercitivo (por exemplo, privação de necessidades básicas, monitoramento, abuso financeiro ou intimidação e ameaças).

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY