

**APLICACIÓN DE NJ SMART - ALQUILAR****INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

---

**Nombre****Apellido****Correo electrónico**

---

**Fecha de nacimiento****INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN POSTAL**

---

**Dirección****Apartamento/Piso (si corresponde)**

---

**Ciudad****Estado****Código postal****Condado**

---

**Fecha en que te mudaste****INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA** Compruebe aquí si la dirección es la misma que la dirección postal. Si es lo mismo, no llene esta sección.

---

**Dirección****Apartamento/Piso (si corresponde)**

---

**Ciudad****Estado****Código postal****Condado**

---

**¿Hay un coinquilino en su contrato de arrendamiento?**  Sí  No (En caso de Sí, llene el siguiente)

---

**Nombre del coinquilino****Apellido del coinquilino**

---

**Dirección de correo electrónico del coinquilino****Número de teléfono del  
coinquilino****Número de fax del coinquilino**

---

## APLICACIÓN DE NJ SMART - ALQUILAR

### INFORMACIÓN DE ALQUILER

¿Estas atrasado en tu renta?  En caso afirmativo, introduzca la cantidad aquí \_\_\_\_\_

OR

¿Se está mudando a un nuevo apartamento y busca asistencia para el deposito seguro / la renta del primer mes?

En caso afirmativo, introduzca la cantidad del depósito de seguridad aquí \_\_\_\_\_ y, la cantidad del primer mes de renta aquí \_\_\_\_\_

¿Ha recibido asistencia temporal con su alquiler antes?  Sí  No (En caso de Sí, llene el siguiente)

¿Quién te ayudó?

¿Cuándo recibiste ayuda?

¿Su arrendador está subsidiado por el gobierno federal?  Sí  No  No sé

¿Recibe asistencia gubernamental continua con su renta?  Sí  No (En caso de Sí, seleccione una de las siguientes opciones)

Vale de la Sección 8  Sección 8 Asistencia basada en proyectos  Vivienda pública (autoridad de vivienda)

SRAP vale  Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROPIETARIO

Nombre del propietario

Dirección

Apartamento/Piso (si corresponde)

Ciudad

Estado

Código postal

Proporcione un número de teléfono y / o una dirección de correo electrónico para el propietario

Número de teléfono del propietario    Correo electrónico del propietario    Número de fax del propietario (opcional)

¿Puede pagar una parte del alquiler que se debe?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto puede pagar?

## APLICACIÓN DE NJ SMART - ALQUILAR

Si no, ¿por qué no puede contribuir?

¿Hay alguna otra información sobre su situación de vivienda que debamos saber?

### DEMOGRAFÍA INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

¿Es el solicitante el jefe de familia? (Esta es la persona responsable de las facturas del hogar)  Sí  No

Estado civil del jefe de familia  Casado  Soltero  Separados/ Divorciados  Viudo/Viuda

Edad del jefe de familia  18-49  50-59  60+

Es cabeza de familia un EE.UU. ¿Veterano?  Sí  No

Jefe de familia género  Masculino  Hembra  Otro  Negarse a responder

Jefe de familia raza  Nativo de Alaska  Indio americano  Asiático  Negro o afroamericano

Raza Mixta  Hawái nativo  Otros isleños del Pacífico  Blanco  Negarse a responder

Cabeza de familia étnica  Hispano o Latino  No hispano ni latino  Otro  Negarse a responder

Jefe de familia otras características  Ninguno  Padre soltero  Abuelo con niño

Viudo/Viuda Otro \_\_\_\_\_

### DEMOGRAFÍA INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (complete solo si el solicitante no es cabeza)

Estado civil del solicitante  Casado  Soltero  Separados/ Divorciados  Viudo/Viuda

Edad del solicitante  18-49  50-59  60+

¿Es el solicitante un EE.UU. ¿Veterano?  Sí  No

Género del solicitante  Masculino  Hembra  Otro  Negarse a responder

Raza de aplicante  Nativo de Alaska  Indio americano  Asiático  Negro o afroamericano  Raza Mixta  
 Hawái nativo  Otros isleños del Pacífico  Blanco  Negarse a responder

Origen étnico del solicitante  Hispanic or Latino  No hispano ni latino  Otro  Negarse a responder

Otras características del solicitante  Ninguno  Padre soltero  Abuelo con niño  Viudo/Viuda

Otro \_\_\_\_\_

## APLICACIÓN DE NJ SMART - ALQUILAR

### INFORMACIÓN DE RESIDENCIA

Número de personas que viven en el hogar (por edad)

0-6 Años \_\_\_\_\_ 7-17 Años \_\_\_\_\_ 18-49 Años \_\_\_\_\_ 50-59 Años \_\_\_\_\_ 60+ Años \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE INGRESOS

Total de adultos (18+ años) en el hogar \_\_\_\_\_ ¿Cuántos adultos tienen ingresos en el hogar? \_\_\_\_\_

Número de adultos que no tienen ingresos \_\_\_\_\_ Ingresos brutos mensuales de todo el hogar \_\_\_\_\_

¿Por qué necesitas ayuda?  Médico/Salud  Desempleado  Reducción de horas/cambio de empleo

Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MISCELÁNEA

Número de teléfono \_\_\_\_\_  Celda  Hogar Número de teléfono \_\_\_\_\_  Celda  Hogar

Idioma principal (si no es inglés) \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de NJ SHARES?  Referencia de la compañía de servicios públicos  Organización comunitaria  Amigo  
 Funcionario electo  Alcance de NJS  Otro \_\_\_\_\_

**LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ASISTENCIA. INCLUSO SI SE PROPORCIONA ASISTENCIA, ES MUY IMPORTANTE QUE SIGA HACIENDO PAGOS.**

#### VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN/DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD

*La información personal que proporciona al solicitar un programa de asistencia en este sitio se utiliza para facilitar la solicitud de asistencia, la revisión y el proceso de incorporación. El envío de su información indica que ha leído y acepta lo siguiente:*

*Reconozco que soy el cliente registrado en mi cuenta de servicios públicos y / o inquilino / propietario que figura en esta solicitud y que he proporcionado respuestas completas y precisas a todas las preguntas de la solicitud. Por la presente autorizo a mi proveedor de servicios públicos, arrendador, compañía hipotecaria u oficina de impuestos a la propiedad a divulgar la información de mi cuenta de cliente, incluido el historial de uso y pago, a NJ SHARES con el fin de procesar mi solicitud y monitorear el progreso de mi cuenta. Esta autorización expirará un año después de la fecha en que la asistencia se acredite en mi cuenta.*

--	--

**Firma del solicitante**

**Fecha**

#### SOLO PARA USO DE AGENCIA

<b>Fecha</b>	<b>Nombre del agente/representante</b>	<b>Nombre y ubicación de la agencia</b>



### Afirmación de cero ingresos

El solicitante debe completar y firmar esta página cuando haya miembros adultos del hogar sin ingresos.

Afirmo que los siguientes miembros adultos del hogar tienen cero ingresos y no contribuyen a los gastos de mi hogar:

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_