THE COMMUNITY BUILDERS

Candidatura preliminar

Return to: Meshacket Commons
Correio:7 Morgan Way Edgartown, MA 02539
Email: meshacket.commons@tcbinc.org
Telefone: 508-418-4050
711 RRY (para deficientes auditivos)

As candidaturas preliminares devem ser preenchidas quando não houver apartamentos disponíveis para serem atribuídos e o nome da pessoa que se candidata pode ser incluído na lista de espera da comunidade. **As candidaturas preliminares com informações incompletas não poderão ser processadas, e a inclusão de nomes na lista de espera só ocorrerá após o preenchimento completo.** Esta candidatura incluirá o Termo de Reconhecimento de Acomodação Razoável, o Formulário HUD-92006 (se aplicável) e uma lista de critérios preferenciais (caso haja) para esta comunidade. Para saber mais sobre os procedimentos de avaliação, basta entrar em contato com a equipe de gestão pelo canal informado acima.

INFORMAÇÕES DO(A) CANDIDATO(A)

SOBRENOME	NOME	NOME DO MEIO	SEXO (OPCIONAL) MASCULINO ☐ FEMININO ☐	SSN (número da segurança social)	ESTUDANTE EM TEMPO INTEGRAL? SIM ☐ NÃO ☐

DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE RESIDENCIAL ( )	TELEFONE PROFISSIONAL ( )	EMAIL

ENDEREÇO	Nº APARTAMENTO	CIDADE	ESTADO	CEP

RENDA BRUTA ANUAL TOTAL FAMILIAR PROVENIENTE DE TODAS AS FONTES/DE TODAS AS PESSOAS CANDIDATAS $	DATA DE MUDANÇA DESEJADA	NÚMERO DE QUARTOS DESEJADO	VOCÊ TEM UM SUBSÍDIO PREVISTO SE ESCOLHA DE DOMICÍLIO? SIM ☐ NÃO ☐ Está se candidatando para o Programa de SUBSÍDIOS HABITACIONAIS? SIM ☐ NÃO ☐

VOCÊ PRECISA DE UM APARTAMENTO COM ACESSIBILIDADE? SIM ☐ NÃO ☐ SE SIM, ESPECIFIQUE: AUDIÇÃO ☐ VISÃO ☐ MOBILIDADE ☐ OUTRO ☐ _____	COMO SOUBE DESTA COMUNIDADE?

QUAL É O SEU IDIOMA PRINCIPAL? INGLÊS ☐ ESPANHOL ☐ OUTRO ☐ _____	CASO O INGLÊS NÃO SEJA SEU IDIOMA PRINCIPAL, CONSEGUE FALAR OU LER INGLÊS FLUENTEMENTE? SIM ☐ NÃO ☐	PRECISA DE INTÉRPRETE? SIM ☐ NÃO ☐ SE SIM, MARQUE UMA OU AS DUAS OPÇÕES: FALAR ☐ LER ☐

ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO? SIM ☐ NÃO ☐	DESCREVA O PESO, A RAÇA E A IDADE:	ATENDE A ALGUM DOS CRITÉRIOS DE PREFERÊNCIA DESTA COMUNIDADE? SE SIM, ESPECIFIQUE: ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? SIM ☐ NÃO ☐

MAIS INFORMAÇÕES DO(A) CANDIDATO(A)

SOBRENOME	NOME	NOME DO MEIO	RELAÇÃO COM A PESSOA CANDIDATA	DATA DE NASCIMENTO	SEXO (Opcional)	SSN (número da segurança social)	ESTUDANTE EM TEMPO INTEGRAL? S/N

CONTATO DE EMERGÊNCIA

NOME	ENDEREÇO	TELEFONE ( )	RELACIONAMENTO

INFORMAÇÕES SOBRE ANTECEDENTES

ALGUMA PESSOA DO NÚCLEO FAMILIAR JÁ:		
	ENTROU COM PEDIDO DE FALÊNCIA? ❑ Sim ❑ Não	Recusou-se, de forma voluntária ou intencional, a pagar o aluguel no prazo? ❑ Sim ❑ Não
	Foi despejada ou deixou o imóvel devendo dinheiro? ❑ Sim ❑ Não	Se sim, forneça o nome do imóvel, cidade, estado e nome do(a) senhorio(a).
	Foi condenada por crime considerado grave? ❑ Sim ❑ Não **Uma pessoa candidata à moradia ou crédito que possua registro judicial sob sigilo, de acordo com a seção 16 do capítulo 239 da Lei Geral de Massachusetts, pode responder "sem registro" a uma pergunta relativa a esse processo em sigilo.**	Se sim, forneça o Tipo de infração, Condado e Estado:

Você ou alguém que mora com você tem registro vitalício como agressor(a) sexual exigido por algum estado? ❑ Sim ❑ Não Se sim, qual(is) estado(s):	Se você respondeu "sim" a alguma das perguntas, especifique o(s) nome(s) da(s) pessoa(s) da unidade familiar:

Indique o grupo racial ou étnico ao qual você pertence (opcional): ☐ Negra ☐Asiática/Ilhas do Pacífico ☐ Nativa-americana ☐ Hispânica ☐ Branca ☐ Outra (especifique) _____

Certificado de candidatura

1. Declaro(amos) que as informações fornecidas à The Community Builders Inc. nesta candidatura preliminar estão corretas e completas conforme o meu(nosso) conhecimento.
2. Compreendo(emos) que, se esta candidatura não estiver totalmente preenchida, ela não será aceita.
3. Compreendo(emos) que esta é uma candidatura preliminar e que as informações fornecidas não garantem o acesso à moradia.
4. Compreendo(emos) que informações adicionais e verificações serão necessárias para concluir o processo de candidatura.

Assinatura da pessoa candidata: _____ Data: _____

Assinatura da administração: _____ Data: _____

PARA USO DO ESCRITÓRIO
Data de recebimento: _____
Hora de recebimento: _____

A The Community Builders Inc. não pratica discriminação com base em deficiência na admissão, acesso, tratamento ou emprego em seus programas e atividades com assistência federal. A seguinte pessoa foi designada para coordenar o cumprimento dos requisitos de não discriminação constantes das regulamentações do Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano (HUD), que implementam a Seção 504 (24 CFR, parte 8, datada de 2 de junho de 1988): Melissa Perry, The Community Builders, Inc., 33 Arch Street, 10th Floor, Suite 1000, Boston, MA, 02110; (857) 221-8600, TTY 711; ReasonableAccommodations@tcbinc.org.

AVISO SOBRE O DIREITO A ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL

Se você tem uma deficiência e, como consequência, precisa de:

- uma alteração nas regras, políticas ou nos procedimentos adotados, que lhe proporcione igualdade de oportunidades para residir aqui, utilizar as instalações ou participar dos programas oferecidos no local;
- uma modificação ou reparo no seu apartamento, ou um tipo específico de apartamento que lhe permita ter igualdade de oportunidades para residir aqui, utilizar as instalações ou participar dos programas oferecidos no local;
- uma alteração ou reparo em outra parte do condomínio que garanta a você igualdade de acesso à moradia, instalações e participação nos programas oferecidos no local;
- uma mudança na forma como nos comunicamos com você ou fornecemos informações.

Você pode solicitar esse tipo de alteração, chamada de
ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL

Se você puder comprovar que tem uma deficiência e que sua solicitação é razoável, faremos o possível para atender ao pedido.

Para solicitar uma Adaptação Razoável, é necessário preencher e devolver a este escritório o FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL. Além disso, para auxiliar na análise do seu pedido, r**ecomendamos fortemente** que também seja preenchido e devolvido um FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA INFORMAÇÕES MÉDICAS, assim como um ATESTADO DE NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL OU DE UNIDADE ACESSÍVEL, emitido por profissional da área de saúde, assistente social ou médica(o) responsável.

Você pode solicitar o FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL e os demais formulários neste escritório.

Caso precise de ajuda para preencher o FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL, deseje receber o documento em formato alternativo (como em letras ampliadas ou arquivo digital), ou prefira apresentar seu pedido de outra forma, estamos à disposição para oferecer o suporte necessário.

Você receberá uma resposta em até 30 dias após o recebimento de todas as verificações necessárias, salvo se houver dificuldades para obter as informações solicitadas ou caso concorde com um prazo maior. Avisaremos caso sejam necessárias informações ou verificações adicionais, ou se for necessário conversar sobre outras formas de atender às suas necessidades.

Se não for possível atender ao pedido, explicaremos os motivos, e você poderá enviar informações complementares, caso considere que possam contribuir.

OBSERVAÇÃO: todas as informações fornecidas serão tratadas com confidencialidade e utilizadas exclusivamente para garantir igualdade de oportunidades no acesso à moradia e às áreas comuns.

Todos os pedidos devem ser encaminhados para:

REASONABLE ACCOMMODATION COMMITTEE
THE COMMUNITY BUILDERS, INC.
33 ARCH STREET 10TH FLOOR SUITE 1000
BOSTON, MA 02110

AGENTE RESPONSÁVEL POR: _____
(Nome da comunidade)

Declaro que li e compreendi a Política de Adaptação Razoável. Caso haja mais de uma pessoa no domicílio, o recebimento deste aviso por mim, Principal Pessoa Candidata, equivale ao aviso formal a todos os membros da unidade familiar.

_____ _____
Assinatura Principal Pessoa Candidata Data

A The Community Builders Inc. não pratica discriminação com base em deficiência na admissão, acesso, tratamento ou emprego em seus programas e atividades com assistência federal. A seguinte pessoa foi designada para coordenar o cumprimento dos requisitos de não discriminação constantes das regulamentações do Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano (HUD), que implementam a Seção 504 (24 CFR, parte 8, datada de 2 de junho de 1988): Melissa Perry, The Community Builders, Inc., 33 Arch Street 10th Fl, Suite 1000, Boston, MA, 02110; (857) 221-8600, TTY 711; ReasonableAccommodations@tcbinc.org.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL

A ser preenchida pela pessoa que está solicitando a adaptação:

Nome: _____ Telefone _____

Endereço: _____

A pessoa a seguir que é parte da unidade familiar possui uma deficiência conforme a definição abaixo: (Uma limitação física ou mental que restringe substancialmente uma ou mais atividades essenciais da vida; histórico médico da referida limitação; ou ser percebido(a) como pessoa com tal limitação.)

Nome da pessoa candidata ou moradora que solicita a adaptação: _____

1. Em razão de sua deficiência, solicita-se a(s) seguinte(s) modificação(ões) para que (a pessoa indicada) possa residir neste local em condições de igualdade com as demais pessoas residentes. Assinale a(s) opção(ões) que descreve(m) a(s) modificação(ões) necessária(s):

[ ] Um quarto adicional para permitir a residência de uma Pessoa Cuidadora Nome(s) da(s) pessoa(s) cuidadora(s): _____

[ ] Alteração física ou estrutural no apartamento ou em outra área do conjunto habitacional _____

[ ] Alteração de regra, política ou procedimento. (Observação: é possível solicitar adaptações em relação ao cumprimento dos termos do contrato, mas todos os residentes devem seguir os termos contratuais.)

2. Esta adaptação razoável é necessária devido à minha deficiência para que eu possa:

3. A comprovação da deficiência e da necessidade desta adaptação poderá ser feita por meio de contato com:

Nome:_____
Endereço: _____
Telefone: _____

4. Caso tenha solicitado alteração no imóvel ou no conjunto habitacional, indique abaixo qualquer empresa ou organização que possa auxiliar na localização ou implementação dos recursos necessários. (Se não souber indicar, faremos o possível para buscar essas informações.)

_____

Assinatura _____ Data: _____

Autorizo o contato com a pessoa mencionada acima para fins de verificação de que eu, ou pessoa integrante do meu núcleo familiar, possuo/possui deficiência, sendo necessária a adaptação razoável solicitada neste formulário. Compreendo que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e utilizadas exclusivamente para avaliar a possibilidade de concessão da adaptação razoável.

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY