BOSTON HOUSING AUTHORITY
Occupancy Department
(Departamento de Ocupancia)
52 Chauncy Street, 3rd Floor
Boston, Massachusetts 02111-02375

Phone: 617-988-3400
Fax: 617-988-4214
TDD 1-800-545-1833 Ext. 420
www.bostonhousing.org

Esta información esta disponible en un formato alternativo si es pedido.)

CERTIFICADO DE DIFICULTAD POR ALQUILER EXCESIVO

ESTA CATEGORIA DE PRIORIDAD ESTA DISPONIBLE SOLO PARA EL PROGRAMA PARA PERSONAS ANCIANAS/ DISCAPACITADAS

DEFINICION:
El hogar paga más del 50% de su ingreso total mensual para el alquiler y servicios públicos (sin incluir el teléfono, Internet y el cable).

DOCUMENTACION REQUERIDA:
Fallar en proporcionar TODA la documentación requerida resultará en la denegación de la petición por prioridad.

- Sumisión del formulario "*Certificado de Dificultad por Alquiler Excesivo*"" completamente lleno; **y**
- Verificación del ingreso bruto actual para TODOS los miembros del hogar; **y**
- Copias de todas las facturas de servicios públicos presentados bajo el nombre del solicitante que el/la solicitante actualmente paga

---

DEBE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE:

Yo, _____, (#SS: _-_____-_____), autorizo la divulgación de la información anterior a la Boston Housing Authority. Yo también certifico que mi ingreso bruto mensual es $_____. También certifico que pago los siguientes servicios públicos, para los cuales el costo promedio mensual es:

Gas: $_____ por mes Electricidad: $_____ por mes Calefacción: $_____ por mes

Yo también certifico que yo no he encontrado vivienda estándar de reemplazo permanente para resolver la necesidad de vivienda que yo he reclamado como solicitante con estatus de prioridad para viviendas públicas. Yo estoy de acuerdo en que si mi circunstancias cambian en cualquier momento, Yo le informaré inmediatamente al departamento de Ocupancia de la BHA ***por escrito*** (mensajes por fax/electrónicos no se aceptan).

Entiendo que cualquier falsificación, falsedad u ocultación de información sería considerada como razón para denegar admisión a viviendas de la BHA por un periodo de tres (3) años.

Firma:_____ **Fecha:**_____

Nombre (Por favor escriba en letra de imprenta):_____

DEBE SER COMPLETADO POR EL PROPIETARIO O AGENTE DE GERENCIA:

1. ¿Es el solicitante anterior un inquilino registrado para una unidad de su propiedad o manejada por usted? Por favor marque uno

   Si ☐ No ☐
   Si marcó sí, escriba: El número total de miembros del hogar _____ y;
   El número total de miembros adultos _____.

2. Por favor indique el alquiler mensual que cobra por la unidad ocupada actualmente por el solicitante anterior.

   A. Alquiler Mensual $_____
   B. Fecha de Vigencia del Cobro de Alquiler Actual _____

3. ¿Recibe el inquilino alguna asistencia para pagar el alquiler mensual, (Ej. Sección 8)? Marque uno.

   Si ☐ No ☐
   SI marcó sí, por favor especifique _____

4. Por favor marque cual de los siguientes están incluidos en el costo del alquiler, si alguno:

   ____Electricidad _____Gas (Estufa) _____Calefacción (Aceite o Gas) _____ Ninguno

Nombre del Solicitante:_____ **# de Cliente** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta: _____ **Título:** _____
Dueño/Gerente/Nombre de la Agencia

Dirección: _____

Número de Teléfono: (_____)_____

Solo para referencia, Por favor vea la versión oficial en inglés si es un formulario.