



KIMBERLEY DRISCOLL  
ALCALDESA

TOM DANIEL, AICP  
DIRECTOR

# CITY OF SALEM, MASSACHUSETTS

## DEPARTMENT OF PLANNING AND COMMUNITY DEVELOPMENT

98 WASHINGTON STREET, 2ND FLOOR ♦ SALEM, MASSACHUSETTS 01970  
TELE: 978-619-5685

### PROGRAMA DE PRÉSTAMOS PARA LA REHABILITACIÓN DE VIVIENDAS FORMULARIO DE PRE-CALIFICACIÓN

| INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO |              | For Office Use: |
|-----------------------------|--------------|-----------------|
| Nombre(s):                  |              |                 |
| Dirección:                  |              |                 |
| Ciudad:                     | Zona Postal: |                 |
| Teléfono de la casa:        | Celular:     |                 |

**REQUERIDO: El formulario de pre-calificación NO SERÁ ACEPTADO sin la información de ingresos y cantidad de personas en el hogar.** Por favor, proporcione su ingreso familiar bruto anual (para todas las personas de 18 años o mayores), incluyendo: Salarios, SSI, AFDC, pensiones, ingresos por alquileres, intereses, y el ingreso extra que espera recibir el próximo año.  
**INGRESO ESTIMADO DEL HOGAR:** \$ \_\_\_\_\_ **# DE PERSONAS:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

Dirección de la propiedad a ser rehabilitada: \_\_\_\_\_

¿Está la residencia principal del propietario en esta dirección?  No  Si

Valor de tasación actual: \$ \_\_\_\_\_ Monto de hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

¿El hogar tiene pintura de plomo?  No  Si  No sé

Año de construcción: \_\_\_\_\_ # de unidades: \_\_\_\_\_ # de unidades ocupadas: \_\_\_\_\_

¿Ha sido la propiedad citada por Violaciones de Código que no hayan sido corregidas?  No  Si

Si afirmativo, marque el tipo de violación:  Edificio  Salud  Eléctrico  Plomería  Fuego

Por favor, enumere las reparaciones necesarias: \_\_\_\_\_

**¿NECESITA USTED REPARACIONES DE EMERGENCIA?** (Ej., una gotera incesante en el techo o falta de calefacción en invierno)  No  Si Si afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_



*Este programa no discrimina en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, ascendencia, estado civil, de historial de veterano / estatus militar, información genética, estado familiar, orientación o identidad sexual, discapacidad o condición con respecto a la asistencia pública. Este programa es financiado a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD) utilizando fondos del Community Development Block Grant (CDBG) y de HOME.*



## INFORMACIÓN DEL HOGAR

Por favor, proporcione la información solicitada en el siguiente cuadro: **Haga un círculo en la unidad ocupada por el propietario.**

|   | Unidad 1 | Unidad 2 | Unidad 3 | Unidad 4 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Número de ocupantes                                 |          |          |          |          |
| Cantidad de ocupantes de 62 años o mayores          |          |          |          |          |
| Cantidad de individuos discapacitados               |          |          |          |          |
| Número de cuartos                                   |          |          |          |          |
| Monto de alquiler (si la unidad paga alquiler)      |          |          |          |          |
| ¿Subsidios de alquiler recibidos (Sección 8 o 707)? |          |          |          |          |

## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que este formulario de pre-calificación se utilizará para determinar la elegibilidad de ingresos para la Asistencia de Rehabilitación de Viviendas. En caso de pre-calificar, según la información proporcionada, la propiedad será colocada en una lista de espera para el Programa de Préstamos para Rehabilitación de Viviendas.

Seré notificado por la Ciudad de Salem cuando haya fondos disponibles para rehabilitar la propiedad. En ese momento, tendré que completar una Solicitud para obtener ayuda. Entiendo que la elegibilidad final para el Programa de Préstamos para Rehabilitación de Viviendas será determinado únicamente después de haber presentado la solicitud y la documentación requeridas.

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del co-propietario

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Toda la información se mantendrá confidencial.*

POR FAVOR RETORNE EL FORMULARIO DE PRE-CALIFICACIÓN A:

City of Salem  
Department of Planning & Community Development  
98 Washington Street, 2nd Floor  
Salem, MA 01970  
Attention: Housing Rehab Program

Para información adicional, favor de llamar al (978) 619-5685.



*Este programa no discrimina en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, ascendencia, estado civil, de historial de veterano / estatus militar, información genética, estado familiar, orientación o identidad sexual, discapacidad o condición con respecto a la asistencia pública. Este programa es financiado a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD) utilizando fondos del Community Development Block Grant (CDBG) y de HOME.*

