



Para una aplicación en español, vea la página 9.

Dear Prospective Applicant,

Thank you for your interest in LongCrest. Please read these instructions entirely before submitting your application.

Completed applications may be returned by either:

1. Mailing your application to LongCrest, 924 W Walnut Street, Lancaster, PA 17603.
2. Emailing your completed application to longcrest@psl.org. If you choose to email your application you must also mail the original signed application to the address above. We require all applications have an original **ink** signature.

Once we receive your application, we will evaluate it to ensure that all questions are answered before accepting the application. If the application is incomplete and we cannot determine whether you meet the selection criteria to be placed on the waiting list, your application will be returned to you. We will NOT date and time stamp the application if it is not complete. Before submitting your application, please review your application and make sure that all questions are answered. If any of the following questions are not complete, we will not be able to accept your application:

- Did you print your Full Name, page 2?
- Did you list Date of Birth (month/day/year) on page 2? If anyone in the household is not 62 or older, this application will be rejected, as all household members must meet the age requirement.
- Did you list the amount of your Estimated Total Annual Income on page 3?
- Did you answer question #7, page 5, (only if you need accessible apartment features due to a mobility, hearing, vision impairment)?
- Did you answer question completely about whether you are or intend to become a student?
- Did you sign and date the application?

Please note that we accept applications during normal business hours only. Whether you mail or email your application to us, the date and time of your application receipt will be when staff reviews the application to determine whether you are eligible to be placed on the waiting list.

Thank you,

Management



For Internal Office Use Only	
Date Received: _____	App Received By: _____
Time Received: _____	

**CONSUMER NOTICE FOR APPLICANTS
THIS IS NOT A CONTRACT**

I, Denise Yellets, hereby state that with respect to LongCrest Senior Housing, LP, I am acting in the following capacity:

- Owner/Landlord of the Property; OR
- A direct employee of the Owner/Landlord; OR
- An agent of the Owner/Landlord pursuant to a property management or exclusive leasing agreement

I hereby acknowledge that I have received this Consumer Notice:

Consumer - Applicant	Date	Consumer - Co-Applicant	Date
----------------------	------	-------------------------	------

I hereby certify that I have provided this Notice: _____
Management Rep./Licensee
Date



WAITING LIST APPLICATION



Community: LongCrest Senior Housing, LP, 924 West Walnut Street, Lancaster PA 17603

Our community is designated as Housing for Older Persons. **All household members must be age 62 or older.**

Name: _____

How did you hear about us? _____

Desired Apartment Size	
1 st Choice	<input type="checkbox"/> 1BR <input type="checkbox"/> 2BR
2 nd Choice	<input type="checkbox"/> 1BR <input type="checkbox"/> 2BR <input type="checkbox"/> N/A
Note: If you do not meet the minimum income for a 2BR, you will not be placed on that waiting list.	

TOBACCO-FREE AND SMOKE-FREE COMMUNITIES

All Presbyterian Senior Living communities are Tobacco-Free and Smoke-Free communities. The use of tobacco products is not permitted anywhere on the property; including the buildings, apartments, common areas, and exterior grounds. The term "smoking" means inhaling, exhaling, using, carrying, or disposing of any lighted cigar, cigarette, pipe, or similar lighted tobacco product in any manner or in any form. Tobacco products include, but are not limited to, cigars, cigarettes; pipe smoking, and all smokeless tobacco, such as snuff, chew, vaporless cigarettes, and dip.

By initialing here, I/we confirm that I/we understand and agree that all household members and guests will comply with the above policies. *(All Applicants Initial Here)* _____

If you speak Limited English and need an interpreter, please contact the Management Office and one will be provided free of charge.

If you or a member of your household has a disability and requires a reasonable accommodation, you may request it at any time during the application process.

In order to comply with state and federal program regulations, we are required to ask the following questions. All information will remain confidential, except as necessary to prove that you qualify. Wherever possible, we are required to obtain third-party verification. Please be prepared to provide the names, addresses, and phone numbers of the parties that can verify the information requested.

HOUSEHOLD COMPOSITION

List the head of your household and all persons who will live in the household within the next twelve (12) months. Give the relationship of each person to the head of household. Proof of age will be required for all household members. A government-issued photo ID and social security card are required for each household member. Proof of age is required for all household members. Acceptable **age verifications** include, but are not limited to, (1) a valid Social Security Administration Benefit printout, (2) a Birth Certificate, (3) Military discharge papers, or (4) valid Government Issued Photo Identification. Ask the Community Manager about other acceptable forms.

FULL NAME	RELATIONSHIP TO HEAD	BIRTHDATE M/D/YR	SOC. SEC. OR ALIEN REG. #	TYPE OF PHOTO ID & ID #
	HEAD			

APPLICANT INFORMATION

Applicant's Name	Home Phone	Cell/Work Phone	Email Address
------------------	------------	-----------------	---------------

RESIDENCY INFORMATION – MUST PROVIDE 3 FULL YEARS' HISTORY – USE REVERSE SIDE IF NEEDED

Present Street Address, City, State Zip	<input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Other - Explain:	Length of Residency To	Monthly Payment/Rent \$
Previous Street Address, City, State Zip <i>(If less than 3 years at above address – use reverse side if necessary.)</i>	<input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Other - Explain:	Length of Residency To	Monthly Payment/Rent \$

CO-APPLICANT INFORMATION Check here if N/A.

Co-Applicant's Name	Home Phone	Cell/Work Phone	Email Address
---------------------	------------	-----------------	---------------

RESIDENCY INFORMATION – MUST PROVIDE 3 FULL YEARS' HISTORY – USE REVERSE SIDE IF NEEDED

Present Street Address, City, State Zip	<input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Other - Explain:	Length of Residency to	Monthly Payment/Rent \$
Previous Street Address, City, State Zip <i>(If less than 3 years at above address – use reverse side if necessary.)</i>	<input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Other - Explain:	Length of Residency to	Monthly Payment/Rent \$

Please attach extra sheet for each additional household member with contact & residency information.

1. Are any of your household members temporarily or permanently absent? No Yes

If yes, please explain _____

2. Do you expect anyone else to move in within the next twelve (12) months? No Yes

If yes, who? _____ When? _____

Does anyone in your household receive regular or periodic payments, including annual Required Minimum Distributions from the following? (Now, or expected within the next 12 months) (Use additional pages if necessary)

INCOME (Check all that apply)	Name:		Name:		TOTAL MONTHLY HOUSEHOLD INCOME (BEFORE TAXES)
• Social Security (Regular) and/or <input type="checkbox"/> Supplemental (SSI) <input type="checkbox"/> Disability (SSDI) <input type="checkbox"/> State (SSP)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Pension	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Regular and/or <input type="checkbox"/> Special Armed Forces pay (Including allowances for a member of the family)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Veteran's Benefits	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Employment: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Seasonal	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Commissions <input type="checkbox"/> Fees <input type="checkbox"/> Tips <input type="checkbox"/> Bonuses	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Self-employed or own a business	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Work for someone who pays in cash	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Unemployment Compensation	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Worker's Compensation	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Severance Pay	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Long- or Short-Term Disability (other than SSI)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Death Benefits	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Welfare and/or <input type="checkbox"/> Other public aid: _____ (Not including food stamps or Medicaid)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> Spousal Support <input type="checkbox"/> Alimony	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Student Financial Assistance or Grant(s) (Public or private - <u>not</u> including loans)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Regular Distributions from an <input type="checkbox"/> IRA (including required minimum distributions) or <input type="checkbox"/> Annuity	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Regular payments from a Settlement (check type) <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Lottery <input type="checkbox"/> Inheritance	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Rental and/or <input type="checkbox"/> Investment Property Income	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
• Other:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	\$
ESTIMATED TOTAL YEARLY INCOME (BEFORE TAXES ARE TAKEN OUT) - AMOUNT REQUIRED					\$

3. Does any household member receive income from any other source? This includes anyone who will not be living with you paying any of your expenses and/or giving you money regularly. It also includes payments toward your rent or utilities or regularly buying household and/or personal items for you or any member of your household (*not including groceries*). No Yes

If yes, please explain _____
 Household member _____ \$ _____ per _____
 Source of Income _____ Phone _____
 Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Does anyone in your household have any of the following assets? (Now, or expected within the next 12 months) (Use additional pages if necessary)

Assets (Check all that apply)	Total # of each type	Name:		Name:	
• Checking account(s)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Savings account(s)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> Christmas Club or <input type="checkbox"/> Vacation Club account(s)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Money Market(s)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Mutual Fund(s)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Certificates of Deposit (CD's)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Individual Retirement Account (IRA)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 403B or <input type="checkbox"/> Simple IRA		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> Keogh account(s) or <input type="checkbox"/> Other similar account(s)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Annuity(ies)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Other Investment/Brokerage account(s)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Trust Fund(s) (including Special Needs Trusts)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> Stocks, <input type="checkbox"/> Bonds, or <input type="checkbox"/> T-Bills		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Savings Bonds		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Life Insurance Policies		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Burial plot(s)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Real Estate: <input type="checkbox"/> Current home <input type="checkbox"/> Rental property <input type="checkbox"/> Vacant land <input type="checkbox"/> Vacation home <input type="checkbox"/> Farm		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> Promissory Note <input type="checkbox"/> Mortgage or <input type="checkbox"/> Deed of Trust (Held by you from the sale of your property to someone else.)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Personal Property held as an Investment: <input type="checkbox"/> Coins/Stamps <input type="checkbox"/> Art/Gems/Jewelry <input type="checkbox"/> Collector Auto <input type="checkbox"/> Other:		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Cash or other Assets (not listed above) at home or in a Safe Deposit Box: (Explain)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• Other:		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
ESTIMATED CASH VALUE OF ALL ASSETS – AMOUNT REQUIRED		\$		\$	
EST. ANNUAL INCOME (dividends or interest) FROM ASSETS		\$		\$	

4. Has any household member disposed of any asset(s) valued at \$1,000 or more in the past 2 years for less than fair market value? This includes gifts to family. No Yes

If yes, please explain _____

5. Has any household member received any LUMP SUM payments in the last twenty-four months? (Example: Inheritance, Capital Gains, Legal or Insurance Settlements, Lottery Winnings, Pension or Annuity Disbursements, Cash from the sale of an asset, Other _____)

No Yes If yes, please explain _____

We provide Reasonable Accommodations consideration for Persons with Disabilities.

6. Do you want to request special accommodations in the facilities (structural changes), policies (exceptions or waivers), or communications (language interpreter or sign language)? No Yes

If yes, please describe the accommodation requested _____

7. Please check if any household member needs an apartment with special design features for:

Mobility impairment Hearing impairment Vision impairment

Other physical modifications (describe) _____

If you checked any of the above, please explain exactly what you believe is required to accommodate your situation _____

Name of the household member requiring the features identified above _____

8. Do you or any household member require the services of a live-in aide? No Yes

9. Are you or is any member of your household a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, and or stalking? No Yes

If yes, please speak with Management about federal protections under VAWA.

10. Do you currently have a Section 8 Voucher, VASH, or other rental subsidy? No Yes

If yes, please provide County and State where it was issued _____

11. Has any household member ever been convicted of a crime? No Yes

If yes, please explain the conviction and date(s) and occurrence _____

12. Has any household member ever been evicted for any reason? No Yes

If yes, please provide details and date _____

13. Has any household member filed bankruptcy within the last three years? No Yes

If yes, Status: Pending, Date Filed: _____ Or, Discharged, Date: _____

14. Is any household member enrolled in school now or within the last 6 months? No Yes

Will anyone become enrolled in school in the next 12 months? No Yes

If yes, name of household member and school _____

15. Has any household member ever lived in a community owned/managed by Presbyterian Senior Living?

No

Yes

If yes, Name of Community _____

There is no penalty for not completing this section of the application. The information is used for statistical reporting to the Department of Housing and Urban Development (HUD) and PHFA, and is not used to determine eligibility for housing. Please provide the following information for the head of household.

RACE	
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native & White
<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> Asian & White
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Black/African American & White
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native & Black/African American
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Other Multi-racial
ETHNICITY	GENDER
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Male
<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Female

I/We certify that all answers given in this Waiting List Application are true and complete to the best of my/our knowledge and belief. I/We authorize investigation of all statements contained in this Waiting List Application as may be necessary to qualify for housing under the IRS Section 42 or other funding program regulations.

I/We understand that any intentional misrepresentation or failure to disclose required information will result in the rejection of my/our application and that I/we will not be permitted to re-apply for residency in the future. I/We understand that federal law and the IRS require me/us to give truthful, complete answers regarding my/our income and student status so the landlord can determine whether I/we qualify for housing at this community.

If I/we rent an apartment and it is discovered later that I/we provided false or incomplete information about my/our qualification, I/we will be subject to eviction.

All applicants and co-applicants initial below to acknowledge understanding of this statement:

I/We agree to provide documentation of all income and assets as required and further authorize disclosure of all information that will verify my/our income and assets. I/We hereby certify that I/We have reviewed and/or received a copy of the Resident Selection Plan for this apartment community and I/we understand that all applicants must be eligible for the IRS Section 42 Program or other funding programs associated with the community and qualify under the Resident Selection Plan.

I/We authorize Presbyterian Senior Living, its subsidiaries, and its agents to investigate my/our credit worthiness, income, assets, residency history, criminal history, financial histories, and employment through any investigation, credit bureau, housing reference, or other reasonable means. I/We have read this application and understand it.

I/We understand that if our address or phone number changes after submitting this application, it is my/our responsibility to contact the Community to update our new contact information. The Waiting List may be updated periodically to ensure that only interested applicants remain on the list. In this case, applicants will receive communication by mail asking them to update information and confirm continued interest in the community. If the community does not receive a response by the requested date or the communication is returned as undeliverable, the applicant will be removed from the Waiting List, and will be notified in writing with an Applicant Rejection Notice.

**THIS WAITING LIST APPLICATION IS NOT A RENTAL AGREEMENT, CONTRACT, OR LEASE.
ALL APPLICATIONS ARE SUBJECT TO APPROVAL.**

It is our aim to ensure that this apartment community is a drug-free zone. The sale or use of illegal controlled substances will not be tolerated. By signing this application, I/we verify my/our support for this policy.

All Applicants, Co-Applicants, and Other Adult Household Members must sign below.

_____ Applicant Signature	_____ Date
_____ Co-Applicant Signature	_____ Date
_____ Other Adult Household Member Signature	_____ Date
_____ Other Adult Household Member Signature	_____ Date

A complete, signed and dated application may be dropped off or mailed to:
LongCrest, 924 West Walnut Street, Lancaster PA 17603

WARNING: Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department of the United States Government. HUD and any owner (or any employee of HUD or the owner) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper use of information collected based on the consent form. Use of the information collected based on this verification form is restricted to the purposes cited above. Any person who knowingly or willingly requests, obtains, or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000. Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD or the owner responsible for the unauthorized disclosure or improper use. Penalty provisions for misusing the social security number are contained in the Social Security Act at 208 (a) (6), (7), and (8). Violation of these provisions are cited as violations of 42 U.S.C. 408 (a) (6), (7), and (8).

Estimado Solicitante Potencial,

Gracias por su interés en Long Crest. Lea estas instrucciones por completo antes de enviar su solicitud.

Las solicitudes completas pueden ser devueltas por:

1. Correo a Long Crest, 924 West Walnut Street, Lancaster, PA 17603
2. Enviar su solicitud completa por correo electrónico a longcrest@psl.org. Si elige enviar su solicitud por correo electrónico, también debe enviar la solicitud original firmada a la dirección escrita arriba. Requerimos que todas las aplicaciones tengan una firma de tinta original.

Una vez que recibamos su solicitud, la evaluaremos para asegurarnos de que todas las preguntas sean respondidas antes de aceptar la solicitud. Si la solicitud está incompleta y no podemos determinar si cumple con los criterios de selección para ser incluido en la lista de espera, se le devolverá la solicitud. NO marcaremos con fecha y hora la solicitud si no está completa. Antes de enviar su solicitud, revísela y asegúrese de responder todas las preguntas. Si alguna de las siguientes preguntas no está completa, no podremos aceptar su solicitud:

- ¿Escribiste tu nombre completo, página 2?
- ¿Añadió fecha de nacimiento (mes / día / año) en la página 2? Si alguien en el hogar no tiene 62 años o más, esta solicitud será rechazada, ya que todos los miembros del hogar deben cumplir con el requisito de edad.
- ¿Añadió la cantidad de su Ingreso Anual Total Estimado en la página 3?
- ¿Respondió la pregunta #7, página 5 (solo si necesita funciones de apartamentos accesibles debido a problemas de movilidad, audición o visión)?
- ¿Respondió la pregunta por completo sobre si es o tiene la intención de convertirse en estudiante?
- ¿Firmó y fechó la solicitud?

Tenga en cuenta que aceptamos solicitudes solo durante el horario del negocio normal. Ya sea que nos envíe por correo o por correo electrónico, la fecha y hora del recibo de la solicitud será cuando el personal revise la solicitud para determinar si usted es elegible para ser incluido en la lista de espera.

Gracias,

Administración

(717) 358-9600 | TTY# 711

For Internal Office Use Only	
Date Received: _____	App Received By: _____
Time Received: _____	

**AVISO AL CONSUMIDOR PARA SOLICITANTES
ESTO NO ES UN CONTRATO**

Yo, Denise Yellets, por la presente declaro que con respecto a LongCrest. Estoy actuando en la siguiente capacidad:

- Propietario/dueño de la propiedad; O
- Un empleado directo al dueño/proprietario; O
- Un agente del dueño/proprietario de conformidad con un acuerdo de administración de propiedad o arrendamiento exclusivo

Por la presente, reconozco que he recibido este Aviso al Consumidor:

Consumidor - Solicitante	Fecha	Consumidor - Cosolicitante	Fecha
Por la presente certifico que he proporcionado este Aviso:		Representante de Gestión/Licenciatario	Fecha



APLICACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA



Comunidad: LongCrest, 924 West Walnut Street, Lancaster PA 17603

Nuestra comunidad es designado como Vivienda para Personas Mayores. Todos los miembros del hogar deben ser de edad 62 o mayor.

Nombre: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Desired Apartment Size
1 st Opción <input type="checkbox"/> 1Hab. <input type="checkbox"/> 2Hab.
2 nd Opción <input type="checkbox"/> 1Hab. <input type="checkbox"/> 2Hab. <input type="checkbox"/> N/A
Note: Si no cumple con el ingreso mínimo para un apartamento de 2 habitaciones, no será colocado en esa lista de espera.

COMUNIDADES LIBRES DE TABACO Y HUMO

Todas las comunidades Presbyterian Senior Living son comunidades libres de tabaco y humo. El uso de productos de tabaco no está permitido en ninguna parte de la propiedad; incluidos los edificios, apartamentos, áreas comunes y terrenos exteriores. El término "fumar" significa inhalar, exhalar, usar, transportar o desechar cualquier cigarro encendido, cigarrillo, pipa o producto de tabaco similar encendido de cualquier manera o en cualquier forma. Los productos de tabaco incluyen, entre otros, cigarrillos, fumar en pipa y todo el tabaco sin humo, como tabaco, mascar, cigarrillos sin vapor y salsa.

Al firmar con iniciales aquí, confirmo/confirmamos que yo/nosotros entendemos y aceptamos que todos los miembros del hogar e invitados cumplirán con las políticas anteriores. *(Todos los solicitantes firmen iniciales aquí)* _____

Si habla inglés limitado y necesita un intérprete, comuníquese con la Oficina de administración y se le proporcionará uno sin cargo.

Si usted o un miembro de su hogar tiene una discapacidad y requiere una adaptación razonable, puede solicitarla en cualquier momento durante el proceso de solicitud.

Para cumplir con las reglamentaciones estatales y federales del programa, debemos hacer las siguientes preguntas. Toda la información permanecerá confidencial, excepto cuando sea necesario para demostrar que califica. Siempre que sea posible, estamos obligados a obtener la verificación de terceros. Esté preparado para proporcionar los nombres, direcciones y números de teléfono de las partes que pueden verificar la información solicitada.

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Indique el/la cabeza de familia en su hogar y todas las personas que vivirán en el hogar dentro de los próximos doce (12) meses. Dar la relación de cada persona con el/la cabeza de familia. Se requerirá prueba de edad para todos los miembros del hogar. Se requiere una identificación con foto emitida por el gobierno y una tarjeta de seguro social para cada miembro del hogar. Se requiere comprobante de edad para todos los miembros del hogar. Las verificaciones de edad aceptables incluyen, pero no se limitan a, (1) una impresión válida de Beneficios de la Administración del Seguro Social, (2) un Certificado de Nacimiento, (3) Documentos de alta militar, o (4) Identificación válida con foto emitida por el gobierno. Pregúntele al gerente de la comunidad sobre otros formularios aceptables.

NOMBRE COMPLETO	RELACION A LA CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO MES/DIA/AÑO	SOC. SEC. O ALIEN REG. #	TIPO DE ID & # DE ID
	HEAD			

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre de Apicante	Numero De Casa	Numero De Movil/Trabajo	Correo Electronico
--------------------	----------------	-------------------------	--------------------

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA - DEBE PROPORCIONAR HISTORIA DE 3 AÑOS COMPLETOS - UTILIZAR EL REVERSO LATERAL SI ES NECESARIO

Dirección actual (incluye ciudad/estado/código postal)	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propiedad Propia <input type="checkbox"/> Otro - Explique:	Duración de la residencia a	Renta/pago mensual \$
Dirección <u>anterior</u> (incluye ciudad/estado/código postal) (Si es menos de 3 años en la dirección anterior, use el reverso si es necesario.)	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propiedad Propia <input type="checkbox"/> Otro - Explique:	Duración de la residencia a	Renta/pago mensual \$

INFORMACIÓN DE CO-SOLICITANTE Marque aquí si N/A.

Nombre del cosolicitante	Telefono de Casa	Telefono Movil/Trabajo	Correo Electronico
--------------------------	------------------	------------------------	--------------------

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA - DEBE PROPORCIONAR HISTORIA DE 3 AÑOS COMPLETOS - UTILIZAR EL REVERSO LATERAL SI ES NECESARIO

Dirección actual (incluye ciudad/estado/código postal)	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propiedad Propia <input type="checkbox"/> Otro - Explique:	Duración de la residencia a	Renta/pago mensual \$
Dirección <u>anterior</u> (incluye ciudad/estado/código postal) (Si es menos de 3 años en la dirección anterior, use el reverso si es necesario.)	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propiedad Propia <input type="checkbox"/> Otro - Explique:	Duración de la residencia a	Renta/pago mensual \$

--	--	--	--

Adjunte una hoja adicional para cada miembro adicional del hogar con información de contacto y residencia.

1. ¿Alguno de los miembros de su hogar está ausente temporal o permanentemente? No Si

En caso afirmativo, explíquelo por favor

2. ¿Espera que alguien más se mude en los próximos doce (12) meses? No Si

En Caso afirmativo, ¿Quien? _____ ¿Cuando? _____

¿Alguien en su hogar recibe pagos regulares o periódicos, incluidas las distribuciones mínimas anuales requeridas de los siguientes? (Ahora, o se espera dentro de los próximos 12 meses) (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

INGRESOS (Marque todo lo que corresponda)	Nombre:		Nombre:		INGRESO TOTAL MENSUAL DEL HOGAR (ANTES DE IMPUESTOS)
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
• Social Security (Regular) y/o	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
<input type="checkbox"/> Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Estado (SSP)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Pensión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Regular y/o <input type="checkbox"/> Pago de las Fuerzas Armadas Especiales (Incluyendo subsidios para un miembro de la familia)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Tarifas <input type="checkbox"/> Consejos <input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Autónomo o dueño de un negocio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Trabaja para alguien que paga en efectivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Compensación al trabajador (Worker's Compensation)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• La indemnización por despido	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Incapacidad a largo o corto plazo (otro que SSI)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Beneficios de muerte	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Welfare y/o <input type="checkbox"/> Otra ayuda publica: (No incluye food stamps o Medicaid)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Apoyo conyugal <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Asistencia financiera para estudiantes o subvenciones (Público o privada - no incluye préstamos)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Distribuciones regulares de <input type="checkbox"/> IRA (incluyendo distribuciones mínimas requeridas) o <input type="checkbox"/> Anualidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Pagos regulares de un Acuerdo (tipo de cheque) <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Lotería <input type="checkbox"/> Herencia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$

• <input type="checkbox"/> Renta y/o <input type="checkbox"/> Ingreso por propiedades de inversión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
• Otro:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	\$
INGRESOS ANUALES TOTALES ESTIMADOS (ANTES DE QUE SE DETENGAN LOSE IMPUESTOS) - CANTIDAD REQUERIDA					\$

3. ¿Algún miembro del hogar recibe ingresos de alguna otra fuente? Esto incluye a cualquiera que no viva con usted pagando ninguno de sus gastos y/o dándole dinero regularmente. También incluye pagos para su alquiler o servicios públicos o la compra regular de artículos para el hogar y/o personales para usted o cualquier miembro de su hogar (*sin incluir alimentos*). No Si

En caso afirmativo, por favor explique

Miembro de Casa _____ \$ _____ per _____

Fuente de Ingreso _____ Numero _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

¿Alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes activos? (Ahora, o se espera dentro de los próximos 12 meses) (Use páginas adicionales si es necesario)

Bienes (Marque todo lo que corresponda)	# Total de cada clase	Nombre:		Nombre:	
• La cuenta de cheques (Checking account)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Cuenta de ahorro (Savings account)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> Club de Navidad o <input type="checkbox"/> Cuenta de Club de Vacación		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Mercado (s) de dinero (Money Market)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Los fondos de inversión (Mutual Fund)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Certificados de depósito (CD's)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Cuenta de jubilación individual (IRA)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 403B o <input type="checkbox"/> Simple IRA		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> Cuenta de Keogh o <input type="checkbox"/> Otras cuentas similares		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Anualidad(es)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Otras cuentas de inversión/corretaje		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Fondo(s) de fideicomiso (incluidos fideicomisos para necesidades especiales)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos, o <input type="checkbox"/> Bonos de Tesoro		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Bonos de ahorro		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Póliza de seguro de vida		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Parcela (s) de entierro		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Bienes raíces: <input type="checkbox"/> Vivienda actual <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Terreno vacante <input type="checkbox"/> Vivienda de vacación <input type="checkbox"/> Granja		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• <input type="checkbox"/> Pagares <input type="checkbox"/> Hipoteca o <input type="checkbox"/> Escritura de fideicomiso (Retenido por usted por la venta de su propiedad a otra persona)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Propiedad personal mantenida como <u>inversión</u> <input type="checkbox"/> Monedas/estampillas <input type="checkbox"/> Arte/joyas/gemas <input type="checkbox"/> Colector de Auto <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

• Efectivo u otros activos (no mencionados anteriormente) en el hogar o en una caja de seguridad: (explique)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Otro:		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
VALOR ESTIMADO EN EFECTIVO DE TODOS LOS ACTIVOS - CANTIDAD REQUERIDA		\$		\$	
EST. INGRESOS ANUALES (dividendos o intereses) DE ACTIVOS		\$		\$	

4. ¿Algún miembro del hogar ha dispuesto de algún activo valorado en \$ 1,000 o más en los últimos 2 años por menos del valor justo de mercado? Esto incluye regalos a la familia. No Si

En caso afirmativo, por favor explique _____

5. ¿Algún miembro del hogar ha recibido algún suma global en los últimos veinticuatro meses?
Ejemplo: Herencia, Ganancias de Capital, Liquidaciones legales o de seguros, Ganancias de Lotería, Desembolsos de pensión o anualidad, Efectivo por la venta de un activo, Otro _____

No Si En caso afirmativo, por favor explique _____

Brindamos la consideración de adaptaciones razonables para personas con discapacidades.

6. ¿Desea solicitar adaptaciones especiales en las instalaciones (cambios estructurales), políticas (excepciones o exenciones) o comunicaciones (intérprete de idiomas o lenguaje de señas)? No Si

En caso afirmativo, por favor describa el alojamiento solicitado: _____

7. Verifique si algún miembro del hogar necesita un apartamento con características de diseño especiales para:

Impedimento de movilidad La discapacidad auditiva Discapacidad visual

Otras modificaciones físicas (describir) _____

Si marcó alguno de los puntos anteriores, explique exactamente lo que cree que se requiere para adaptarse a su situación _____

Nombre del miembro del hogar que requiere las características identificadas anteriormente _____

8. ¿Usted o algún miembro de su hogar requiere los servicios de un asistente de vivienda? No Si

9. ¿Es usted o algún miembro de su hogar víctima de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso? No Si

En caso afirmativo, hable con la Administración sobre las protecciones federales bajo VAWA.

10. ¿Tiene actualmente un bono de Sección 8, VASH u otro subsidio de alquiler? No Si

En caso afirmativo, proporcione el condado y el estado donde se emitió _____

11. ¿Algún miembro del hogar ha sido condenado por un delito? No Si

En caso afirmativo, explique la condena y la(s) fecha(s) y ocurrencia _____

12. ¿Alguno de los miembros del hogar ha sido desalojado por alguna razón? No Si

En caso afirmativo, proporcione detalles y fecha _____

13. ¿Algún miembro del hogar se declaró en bancarrota en los últimos tres años? No Si

En caso afirmativo, Estado:

Pendiente, fecha de presentación: _____ Descargada, Fecha: _____

14. ¿Algún miembro del hogar está matriculado en la escuela ahora o en los últimos 6 meses? No Si
 ¿Alguien se inscribirá en la escuela en los próximos 12 meses? No Si

En caso afirmativo, Nombre del miembro del hogar y la escuela _____

15. ¿Alguno de los miembros del hogar ha vivido alguna vez en una comunidad de Presbyterian Senior Living? No Si

En caso afirmativo, Nombre de Comunidad _____

No hay penalidad por no completar esta sección de la solicitud. La información se utiliza para informes estadísticos al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y PHFA, y no se utiliza para determinar la elegibilidad para vivienda. Proporcione la siguiente información para el/la cabeza de familia.

RAZA	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska & Blanco
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Asiatico & Blanco
<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Africano Americano & Blanco
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska & Africano Americano
<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro Multirracial
ETNICIDAD	SEXO
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Femenino

Yo/Nosotros certificamos que todas las respuestas dadas en esta Solicitud de Lista de Espera son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Yo/Nosotros autorizamos la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta Solicitud de Lista de Espera según sea necesario para calificar para vivienda bajo la Sección 42 del IRS u otras regulaciones del programa de financiamiento.

Yo/nosotros entendemos que cualquier mala interpretación intencional o falta de revelación de la información requerida resultará en el rechazo de mi/nuestra solicitud y que no se nos permitirá/volver a solicitar la residencia en el futuro. Yo/nosotros entendemos que la ley federal y el IRS requiere que yo/nosotros brindemos respuestas veraces y completas sobre mi/nuestros ingresos y estado del estudiante para que el propietario pueda determinar si califico para tener vivienda en esta comunidad.

Si yo/nosotros alquilamos un apartamento y luego se descubre que proporcioné/proporcionamos información falsa o incompleta sobre mi/nuestra calificación, estaré/estaremos sujetos a desalojo.

Todos los solicitantes y cosolicitantes iniciales a continuación para reconocer la comprensión de esta declaración:

Yo/Nosotros aceptamos proporcionar documentación de todos los ingresos y activos según sea necesario y autorizar aún más la divulgación de toda la información que verificará mis / nuestros ingresos y activos. Por la presente certifico que revisé y/o recibí una copia del Plan de Selección de Residentes para esta comunidad de apartamentos y entiendo que todos los solicitantes deben ser elegibles para el Programa Sección 42 del IRS u otros programas de financiación asociados con el comunidad y calificar bajo el Plan de Selección de Residentes.

Autorizo/autorizamos a Presbyterian Senior Living, sus subsidiarias y sus agentes a investigar mi/nuestra solvencia crediticia, ingresos, activos, historial de residencia, historial criminal, historial financiero y empleo a través de cualquier investigación, agencia de crédito, referencia de vivienda u otro medio. Yo/nosotros hemos leído esta aplicación y la entiendo.

Yo/nosotros entendemos que si nuestra dirección o número de teléfono cambia después de enviar esta solicitud, es mi/nuestra responsabilidad contactar a la Comunidad para actualizar nuestra nueva información de contacto. La Lista de espera puede actualizarse periódicamente para garantizar que solo los solicitantes interesados permanezcan en la lista. En este caso, los solicitantes recibirán una comunicación por correo solicitándoles que actualicen la información y confirmen el continuo interés en la comunidad. Si la comunidad no recibe una respuesta en la fecha solicitada o la comunicación se devuelve como no entregada, el solicitante será eliminado de la Lista de espera y se le notificará por escrito con un Aviso de rechazo del solicitante.

ESTA SOLICITUD DE LISTA DE ESPERA NO ES UN ACUERDO DE ALQUILER, CONTRATO O ARRENDAMIENTO. TODAS LAS APLICACIONES ESTÁN SUJETAS A APROBACIÓN

Nuestro objetivo es garantizar que este complejo de apartamentos sea una zona libre de drogas. No se tolerará la venta o el uso de sustancias ilegales controladas. Al firmar esta solicitud, verificó/verificamos mi/nuestro soporte para esta política.

Todos los solicitantes, cosolicitantes y otros miembros adultos del hogar deben firmar a continuación.

_____ Firma del Solicitante	_____ Fecha
_____ Firma de Cosolicitante	_____ Fecha
_____ Firma de Otro Adulto Miembro de Familia	_____ Fecha
_____ Firma de Otro Adulto Miembro de Familia	_____ Fecha

Una solicitud completa, firmada y fechada puede entregarse o enviarse por correo a:

LongCrest, 924 West Walnut Street, Lancaster, PA 17603

ADVERTENCIA: El artículo 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos. HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o uso indebido de la información recopilada en base al formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada en base a este formulario de verificación está restringido a los fines citados anteriormente. Cualquier persona que a sabiendas o voluntariamente solicite, obtenga o divulgue información bajo pretensiones falsas sobre un solicitante o participante puede estar sujeta a un delito menor y una multa de no más de \$ 5,000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede entablar una acción civil por daños y buscar otra reparación, según corresponda, contra el funcionario o empleado de HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o uso indebido. Las disposiciones sobre sanciones por mal uso del número de seguro social están contenidas en la Ley del Seguro Social en 208 (a) (6), (7) y (8). La violación de estas disposiciones se cita como violaciones de 42 U.S.C. 408 (a) (6), (7) y (8).