



82 Lincoln Street
Newton Highlands, MA 02461

电话: (617) 552-5501
传真: (617) 964-8387
TDD: (617) 332-3802

尊敬的申请人:

感谢您关注 Newton 住房管理局管理项目候补名单。该名单涵盖 Newton 市范围内的经济适用公寓。各物业提供单人房 (Single Room Occupancy, SRO)、单间公寓以及一居室、两居室、三居室和四居室公寓。租金和收入上限可能因物业而异。

要申请住房，请回答申请表中的所有问题。 以下说明将帮助您回答其中部分问题:

问题 3: 请勾选您是否有意申请补贴住房或非补贴住房（可同时选择两项，也可选择其中任一项）。

- 补贴住房是指公寓附带基于项目的住房券补贴。如果您租住补贴公寓，租金将为您每月收入的 30%。补贴住房的收入上限为地区中位收入 (AMI) 的 50%。
- 非补贴住房是指该公寓的租金为固定租金，并非根据收入确定。租金可能每年调整。非补贴公寓的租金因物业和公寓卧室数量而异。如果您持有可携带的第 8 条住房券，您可以将其用于非补贴公寓。

问题 5: 您认为您需要几间卧室？（注意：您可以选择多个选项。）

- 单人房 (SRO) 单元包括一间卧室和一间浴室。客厅和厨房与楼内其他住户共用。每个 SRO 单元仅限一人居住。
- 您可以选择多个选项。例如，如果您的家庭有 3 人，您可以申请两居室或三居室公寓。

如果您有任何问题或需要协助填写申请表，请联系 Newton 住房管理局，电话：617-552-5501。



82 Lincoln Street
Newton Highlands, MA 02461

电话: (617) 552-5501
传真: (617) 964-8387
TDD: (617) 332-3802

管理项目住房申请表

以下信息必须为每一位将居住在该单元内的人员填写完整。请填写所有空白处。如不适用，请填写 N/A。资料不完整的申请将不予处理。

1. 申请人信息:

申请人姓名: _____

现住地址: _____

城市/镇: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

住宅电话: _____ 手机: _____

电子邮件地址: _____

邮寄地址（如与上述地址不同，请填写）: _____

城市/镇: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

2. 您目前是否持有住房券（住房选择券 - 联邦第 8 条/MRVP）？

☐ 是 ☐ 否

3. 请勾选您是否有意申请补贴住房或非补贴住房（可同时选择两项，也可选择其中任一项）。请参阅申请封面说明。

☐ 补贴住房 ☐ 非补贴住房



4. 家庭成员构成：

	姓名	与户主关系	出生日期	您是否有残障情况？（是/否）	社会安全号码 (SSN)	职业（工作、退休、全日制学生、其他）
1.		户主				
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

5. 您认为您需要几间卧室？（注意：您可以选择多个选项。）

☐ SRO（单人房）

☐ 单间公寓

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

6. 您的种族和/或族裔是什么？（注意：填写本部分为自愿。该信息仅用于联邦和州法律要求的公平住房项目。）

请勾选所有适用项：

☐ 白人

☐ 黑人/非裔美国人

☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民

☐ 亚裔

☐ 夏威夷原住民/其他太平洋岛民

族裔：

☐ 西班牙裔或拉丁裔

☐ 非西班牙裔或拉丁裔



7. 合理便利和/或无障碍单元

以下四个问题仅用于为您提供平等享用住房的机会。回答这些问题为自愿，但您的回答将帮助我们满足您的需要。

您是否需要为行动障碍人士提供的完全无障碍单元？

☐ 是 ☐ 否

注意：如果您只需要一楼单元，而不需要完全无障碍单元，请在此回答“否”，并在下面的问题中回答“是”，同时告知我们您的需要。

您是否只需要单元内的某些无障碍设施？

☐ 是 ☐ 否

如是，请列出您需要具备无障碍条件的设施：

您是否需要带有特殊设施、供听力和/或视力障碍人士使用的单元？

☐ 是 ☐ 否

家庭中是否有任何成员有无障碍或合理便利申请，或需要我们以其他方式与您沟通？

☐ 是 ☐ 否

如是，请说明： _____

8. 年度收入信息

所有家庭成员的年度总收入是多少？

\$ _____

9. 资产信息：

过去十 (10) 年内，您是否出售过任何房地产或个人财产？

☐ 是

☐ 否

如是，请提供以下信息：

地址：

不动产 ☐ 或个人财产 ☐

转让日期： _____



您目前是否拥有任何房地产？

☐ 是 ☐ 否

金融资产：

请为所有家庭成员填写下表信息。

	家庭成员	金融机构名称	资产价值
☐ 支票账户 ☐ 储蓄账户 ☐ 其他：_____			
☐ 支票账户 ☐ 储蓄账户 ☐ 其他：_____			
☐ 支票账户 ☐ 储蓄账户 ☐ 其他：_____			
☐ 支票账户 ☐ 储蓄账户 ☐ 其他：_____			
☐ 支票账户 ☐ 储蓄账户 ☐ 其他：_____			
☐ 支票账户 ☐ 储蓄账户 ☐ 其他：_____			
☐ 支票账户 ☐ 储蓄账户 ☐ 其他：_____			

10. 租住历史

请提供您过去 2 年的居住地址，以及房东的姓名、地址和电话号码（如适用）。

现任房东	姓名	
	房东地址	
	房东电话号码	
	您的地址	
	您在该地址居住的日期	



前任房东	姓名	
	房东地址	
	房东电话号码	
	您的地址	
	您在该地址居住的日期	

11. 申请人声明：

本人/我们特此证明，本人/我们没有、也不会在其他地点保留单独的补贴租赁单元。本人/我们进一步证明，该住房将作为本人/我们的永久且唯一住所。本人/我们理解，本人/我们的住房资格将根据适用的收入上限以及管理方的筛选标准确定。本人/我们证明，本申请中的所有信息据本人/我们所知均准确、完整；本人/我们理解，故意作出虚假陈述或提供虚假信息将依法受到处罚，并将导致本申请被取消，或在入住后终止租赁。本人/我们特此授权发布与犯罪背景和房东核查相关的信息。所有 18 岁或以上的成年家庭成员必须在本申请上签名。此外，任何已解除监护的未成年户主、共同户主或配偶也必须在下方签名。

本声明是在承担伪证处罚责任的情况下作出。

户主签名：_____

日期：_____

其他成年家庭成员签名：_____

日期：_____

其他成年家庭成员签名：_____

日期：_____

其他成年家庭成员签名：_____

日期：_____

合理便利

合理便利是指我们可对公寓或程序作出的修改或变更，以便符合条件的身心障碍租户能够享用和使用租赁住房。如果您或您家庭中的成员有身心障碍，并因此需要合理便利，您必须提出申请；我们保留要求提供租户残障证明文件的权利，以证明所请求便利的依据以及该便利的必要性。对于我们通常不在该物业提供的服务，或为非该物业租户提供的服务，我们没有义务将其作为合理便利提供。

