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

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

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

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

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：_____

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

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	

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

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。

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

82 Lincoln Street
Newton Highlands, MA 02461
Telefone: (617) 552-5501 | Fax: (617) 964-8387

家庭暴力受害者申请补充表

Newton住房管理局（NHA）拥有若干套基于项目的第8节住房单位，这些单位的等候名单对无家可归且为家庭暴力受害者的
家庭设有优先资格。如果您符合《防止虐待法》*（G.L. c.209A, §1）中规定的相关定义，请填写本申请补充表。

1. 您（申请人）是否无家可归？ HUD将"无家可归"定义为没有安全、稳定夜间住所的个人或家庭；即将失去住所的个人或家庭；属于联邦无家可归类别的个人或家庭；以及因逃离暴力而无家可归的个人或家庭。
（请选择一项）：_____是 _____否

2. 您（申请人）是否由 The Second Step 转介？
（请选择一项）：_____是 _____否

*3. 您（申请人）或您家庭中的成员是否属于《防止虐待法》所定义的虐待受害者？
（请选择一项）：_____是 _____否

4. 由于受到虐待，您（申请人）是否已经被迫离开住所，或即将因该虐待而直接被迫离开住所？
（请选择一项）：_____是 _____否

申请人姓名：_____

申请人签名：_____

日期：_____

*《防止虐待法》将"虐待"定义为"家庭成员或同住家庭成员"之间发生以下一种或多种行为：
a. 试图造成或造成身体伤害；
b. 使他人担心即将遭受严重的身体伤害；
c. 通过武力、威胁或胁迫，使他人在非自愿情况下发生性关系；
d. 强制控制（例如剥夺基本生活需要、监控、经济虐待或恐吓和威胁）。
如用于正式住房申请材料，这个版本可以直接作为申请表的简体中文版使用；如果需要，我也可以进一步帮您制作成与英文原件版式对应的中英双语版本。

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY