



Freedom Village

Thank you for your interest in residing at Freedom Village. Please read below carefully and fill out the corresponding pre-application for Freedom Village I or Freedom Village II.

Applicants for the subsidized units at Freedom Village must be referred by the Paterson Housing Authority.

| FREEDOM VILLAGE I – MUST BE 62+ | | | |
|--|-------------|-----------------------|-----------------------|
| # of People | Rent | Minimum Income | Maximum Income |
| 1 | \$1,098 | \$32,940 | \$43,020 |
| 2 | \$1,098 | \$32,940 | \$49,140 |

| FREEDOM VILLAGE II – MUST BE 55+ | | | |
|---|-------------|-----------------------|-----------------------|
| # of People | Rent | Minimum Income | Maximum Income |
| 1 | \$1,098 | \$32,940 | \$43,020 |
| 2 | \$1,098 | \$32,940 | \$49,140 |

FOR MORE INFORMATION:

FreedomVillageNJ.com | FreedomVillage@Pennrose.com

T: 973.321.7740 | TDD: 800.545.1833 x648

Monday – Friday, 8:30 am to 5:00 pm



Freedom Village

Gracias por su interés en residir en Freedom Village.

Lea a continuación con cuidado y complete la solicitud previa correspondiente para Freedom Village I o Freedom Village II.

Los solicitantes de las unidades subsidiadas en Freedom Village deben ser referidos por la Autoridad de Vivenda de Paterson.

| FREEDOM VILLAGE I – Los solicitantes deben ser tener <u>62</u> años de edad o más | | | |
|--|----------|----------------|----------------|
| número de personas | la renta | ingreso mínimo | ingreso máximo |
| 1 | \$1,098 | \$32,940 | \$43,020 |
| 2 | \$1,098 | \$32,940 | \$49,140 |

| FREEDOM VILLAGE II – Los solicitantes deben ser tener <u>55</u> años de edad o más | | | |
|---|----------|----------------|----------------|
| número de personas | la renta | ingreso mínimo | ingreso máximo |
| 1 | \$1,098 | \$32,940 | \$43,020 |
| 2 | \$1,098 | \$32,940 | \$49,140 |

MÁS INFORMACIÓN EN:

FreedomVillageNJ.com | FreedomVillage@Pennrose.com

T: 973.321.7740 | TDD: 800.545.1833 x648

De lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm



Freedom Village

Phase I

Address: 69 Straight Street
 Paterson, NJ 07501

Phone: 973-321-7740

Fax: 973-782-4410

Email: FreedomVillage@pennrose.com

TTY: 800-545-1833 x648

To be completed by office staff:

Application Number _____

Date Application Rec'd _____

Time Application Rec'd _____

Initials of Staff Member _____

HEAD OF HOUSEHOLD

NAME: _____

DOB: _____ M F

CURRENT ADDRESS: _____

SOC.SEC. #: _____

(House #) (Street Name) (Apt. #)

HOME #: _____

CELL #: _____

(City) (State) (Zip Code)

WORK#: _____

EMAIL: _____

How did you hear about us? _____

HOUSEHOLD MEMBERS

| Name | DOB | M/F | Relationship | Soc. Sec. Number |
|------|-----|-----|--------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ANNUAL HOUSEHOLD INCOME

| | |
|-----------------------------------|----|
| EMPLOYMENT / WAGES | \$ |
| SOCIAL SECURITY INCOME | \$ |
| SOCIAL SECURITY DISABILITY INCOME | \$ |
| PUBLIC ASSISTANCE (WELFARE/TANF) | \$ |
| CHILD SUPPORT | \$ |
| PENSION | \$ |
| OTHER INCOME (PLEASE SPECIFY): | \$ |



PENNROSE
Bricks & Mortar | Heart & Soul



Preferences for Determining Waiting List Position (if applicable)

Do you or any member of your household have a DISABILITY? Y N

Is the Head of Household or Spouse 62 years of age or older or disabled? Y N

Are you currently employed? Y N

Are you a student or recent graduate of an educational or training program? Y N

Were you involuntarily displaced due to a natural disaster? Y N

Are you homeless? Y N

Do you require a unit with special features? Y N

(e.g. unit for mobility impaired, visually impaired, hearing impaired, walk-in shower, grab bars, no steps, etc.)

If yes above, please circle features required:

Unit for mobility impaired
Grab bars

Unit for visually impaired
No steps

Unit for hearing impaired
Other:

Describe: _____

I hereby certify that the above is true and correct and complete to the best of my knowledge. I understand that any false statement or misrepresentation will be grounds for expulsion from the program and/or prosecution under Title 18, Section 1001 of the US Code.

I _____ hereby give my permission for a credit and criminal background check, which is part of the application process

I _____ hereby give my permission for a credit and criminal background check, which is part of the application process

I _____ hereby give my permission for a credit and criminal background check, which is part of the application process

Applicant Signature: _____

Date: _____

Applicant Signature: _____

Date: _____

Applicant Signature: _____

Date: _____

Types of Program Assistance (For Office Use ONLY)

****Important: You must notify us promptly should any information on this application change**

Tax Credit 40% 50% 60%

ACC 30% 50%

February 2018





Freedom Village

Fase I

Dirección:

69 Straight Street
Paterson, NJ 07501

Teléfono:

973.321.7740

Correo electrónico:

freedomvillage@pennrose.com

TTY:

800-545.1833 x648

Para ser completado por el personal de la oficina:

Número de solicitud _____

Fecha de registro de la solicitud _____

Hora de registro de la solicitud _____

Iniciales del miembro del personal _____

JEFE DEL HOGAR

NOMBRE: _____

FECHA DE NAC.: _____ M F

DOMICILIO ACTUAL: _____

N.º DE SEG. SOC.: _____

(N.º de la casa) (Nombre de la calle) (N.º de dpto.)

N.º TELEF. DEL HOGAR: _____

N.º DE CELULAR: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

N.º TELEF. DEL TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿Cómo nos conoció? _____

MIEMBROS DEL HOGAR

| Nombre | M/F | Vínculo | Número de Seg. Soc. | Fecha de Nac. |
|--------|-----|---------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

INGRESOS ANUALES DEL HOGAR

| | |
|---|----|
| EMPLEO/SALARIOS | \$ |
| INGRESOS DEL SEGURO SOCIAL | \$ |
| INGRESOS DEL SEGURO SOCIAL POR DISCAPACIDAD | \$ |
| ASISTENCIA PÚBLICA (BENEFICIOS SOCIALES/TANF) | \$ |
| MANUTENCIÓN DE HIJOS | \$ |
| PENSIÓN | \$ |
| OTROS INGRESOS (ESPECIFICAR): | \$ |



PENNROSE
Bricks & Mortar | Heart & Soul



Preferencias para determinar la posición en la lista de espera (si corresponde)

- ¿Padece usted o algún miembro de su familia una DISCAPACIDAD? S N
- ¿Tienen el jefe de hogar o su cónyuge 62 años o más o son discapacitados? S N
- ¿Tiene empleo en la actualidad? S N
- ¿Es usted estudiante o se ha graduado recientemente de un programa educativo o de formación? S N
- ¿Tuvo que desplazarse de forma involuntaria debido a un desastre natural? S N
- ¿Está sin hogar? S N
- ¿Necesita una unidad con características especiales? S N

Si respondió afirmativamente a la pregunta anterior, marque con un círculo las características requeridas:

- | | | |
|---|---|---|
| Unidad para personas con movilidad reducida | Unidad para personas con deficiencia visual | Unidad para personas con deficiencia auditiva |
| Barras de apoyo | Ausencia de escalones | Otro: |

(P. ej., una unidad para personas con movilidad reducida, deficiencia visual o deficiencia auditiva, ducha al ras del piso, barras de apoyo, ausencia de escalones, etc.)

Describir: _____

Por el presente documento, certifico que lo anterior es verdadero, correcto y completo a mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier declaración falsa o tergiversación será motivo de expulsión del programa y/o de proceso judicial en virtud de la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos (US Code, U.S.C.).

Por el presente documento, yo, _____, otorgo permiso para que se realice una verificación crediticia y de antecedentes penales como parte del proceso de solicitud.

Por el presente documento, yo, _____, otorgo permiso para que se realice una verificación crediticia y de antecedentes penales como parte del proceso de solicitud.

Por el presente documento, yo, _____, otorgo permiso para que se realice una verificación crediticia y de antecedentes penales como parte del proceso de solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Clases de asistencia de programas (SOLO para uso interno)

****Importante: Debe notificarnos de inmediato en caso de que cambie cualquier información contenida en esta solicitud**

| | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|
| Crédito fiscal | <input type="checkbox"/> | 40 % | <input type="checkbox"/> | 50 % | <input type="checkbox"/> | 60 % | <input type="checkbox"/> |
| ACC | <input type="checkbox"/> | 30 % | <input type="checkbox"/> | 50 % | <input type="checkbox"/> | | |

Mayo de 2017





Freedom Village

Phase II

Address: 96 Harrison Street
Paterson, NJ 07501
Phone: 973-321-7740
Fax: 973-782-4410
Email: FreedomVillage@pennrose.com
TTY: 800-545-1833 x648

To be completed by office staff:
Application Number _____
Date Application Rec'd _____
Time Application Rec'd _____
Initials of Staff Member _____

HEAD OF HOUSEHOLD

NAME: _____ DOB: _____ M F
CURRENT ADDRESS: _____ SOC.SEC. #: _____
(House #) (Street Name) (Apt. #) HOME #: _____
CELL #: _____
(City) (State) (Zip Code) WORK#: _____
EMAIL: _____

How did you hear about us? _____

HOUSEHOLD MEMBERS

| Name | DOB | M/F | Relationship | Soc. Sec. Number |
|------|-----|-----|--------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ANNUAL HOUSEHOLD INCOME

| | |
|-----------------------------------|----|
| EMPLOYMENT / WAGES | \$ |
| SOCIAL SECURITY INCOME | \$ |
| SOCIAL SECURITY DISABILITY INCOME | \$ |
| PUBLIC ASSISTANCE (WELFARE/TANF) | \$ |
| CHILD SUPPORT | \$ |
| PENSION | \$ |
| OTHER INCOME (PLEASE SPECIFY): | \$ |



Preferences for Determining Waiting List Position (if applicable)

Do you or any member of your household have a DISABILITY? Y N

Is the Head of Household or Spouse 55 years of age or older or disabled? Y N

Are you currently employed? Y N

Are you a student or recent graduate of an educational or training program? Y N

Were you involuntarily displaced due to a natural disaster? Y N

Are you homeless? Y N

Do you require a unit with special features? Y N

(e.g. unit for mobility impaired, visually impaired, hearing impaired, walk-in shower, grab bars, no steps, etc.)

If yes above, please circle features required:

Unit for mobility impaired
Grab bars

Unit for visually impaired
No steps

Unit for hearing impaired
Other:

Describe: _____

I hereby certify that the above is true and correct and complete to the best of my knowledge. I understand that any false statement or misrepresentation will be grounds for expulsion from the program and/or prosecution under Title 18, Section 1001 of the US Code.

I _____ hereby give my permission for a credit and criminal background check, which is part of the application process

I _____ hereby give my permission for a credit and criminal background check, which is part of the application process

I _____ hereby give my permission for a credit and criminal background check, which is part of the application process

Applicant Signature: _____

Date: _____

Applicant Signature: _____

Date: _____

Applicant Signature: _____

Date: _____

Types of Program Assistance (For Office Use ONLY)

****Important: You must notify us promptly should any information on this application change**

Tax Credit 40% 50% 60%

ACC 30% 50%

February 2018





Freedom Village

Fase II

Dirección:

96 Harrison Street
Paterson, NJ 07501

Teléfono:

973.321.7740

Correo electrónico:

freedomvillage@pennrose.com

TTY:

800-545.1833 x648

Para ser completado por el personal de la oficina:

Número de solicitud _____

Fecha de registro de la solicitud _____

Hora de registro de la solicitud _____

Iniciales del miembro del personal _____

JEFE DEL HOGAR

NOMBRE: _____

FECHA DE NAC.: _____ M F

DOMICILIO ACTUAL: _____

N.º DE SEG. SOC.: _____

(N.º de la casa) (Nombre de la calle) (N.º de dpto.)

N.º TELEF. DEL HOGAR: _____

N.º DE CELULAR: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

N.º TELEF. DEL TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿Cómo nos conoció? _____

MIEMBROS DEL HOGAR

| Nombre | M/F | Vínculo | Número de Seg. Soc. | Fecha de Nac. |
|--------|-----|---------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

INGRESOS ANUALES DEL HOGAR

| | |
|---|----|
| EMPLEO/SALARIOS | \$ |
| INGRESOS DEL SEGURO SOCIAL | \$ |
| INGRESOS DEL SEGURO SOCIAL POR DISCAPACIDAD | \$ |
| ASISTENCIA PÚBLICA (BENEFICIOS SOCIALES/TANF) | \$ |
| MANUTENCIÓN DE HIJOS | \$ |
| PENSIÓN | \$ |
| OTROS INGRESOS (ESPECIFICAR): | \$ |



PENNROSE
Bricks & Mortar | Heart & Soul



Preferencias para determinar la posición en la lista de espera (si corresponde)

- ¿Padece usted o algún miembro de su familia una DISCAPACIDAD? S N
- ¿Tienen el jefe de hogar o su cónyuge 62 años o más o son discapacitados? S N
- ¿Tiene empleo en la actualidad? S N
- ¿Es usted estudiante o se ha graduado recientemente de un programa educativo o de formación? S N
- ¿Tuvo que desplazarse de forma involuntaria debido a un desastre natural? S N
- ¿Está sin hogar? S N
- ¿Necesita una unidad con características especiales? S N

Si respondió afirmativamente a la pregunta anterior, marque con un círculo las características requeridas:

- | | | |
|---|---|---|
| Unidad para personas con movilidad reducida | Unidad para personas con deficiencia visual | Unidad para personas con deficiencia auditiva |
| Barras de apoyo | Ausencia de escalones | Otro: |

(P. ej., una unidad para personas con movilidad reducida, deficiencia visual o deficiencia auditiva, ducha al ras del piso, barras de apoyo, ausencia de escalones, etc.)

Describir: _____

Por el presente documento, certifico que lo anterior es verdadero, correcto y completo a mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier declaración falsa o tergiversación será motivo de expulsión del programa y/o de proceso judicial en virtud de la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos (US Code, U.S.C.).

Por el presente documento, yo, _____, otorgo permiso para que se realice una verificación crediticia y de antecedentes penales como parte del proceso de solicitud.

Por el presente documento, yo, _____, otorgo permiso para que se realice una verificación crediticia y de antecedentes penales como parte del proceso de solicitud.

Por el presente documento, yo, _____, otorgo permiso para que se realice una verificación crediticia y de antecedentes penales como parte del proceso de solicitud.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Clases de asistencia de programas (SOLO para uso interno)

****Importante: Debe notificarnos de inmediato en caso de que cambie cualquier información contenida en esta solicitud**

| | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|
| Crédito fiscal | <input type="checkbox"/> | 40 % | <input type="checkbox"/> | 50 % | <input type="checkbox"/> | 60 % | <input type="checkbox"/> |
| ACC | <input type="checkbox"/> | 30 % | <input type="checkbox"/> | 50 % | <input type="checkbox"/> | | |

Mayo de 2017

