NYS Office For People With Developmental Disabilities
OPWDD Putting People First

Ufficio per l'abitazione e la condivisione abitativa
(Office of Home and Community Living)

Agenzia di consulenza immobiliare approvata da HUD

44 Holland Avenue
Albany, NY 12229-0001
TEL: 518.473.1973
FAX: 518.474.0783

75 Morton Street
New York, NY 10014
TEL: 212.229.3032

Domanda individuale /parentale o del tutore legale per il programma *Home of Your Own (HOYO)

RICHIEDENTE PRINCIPALE — *Si prega di scrivere in modo chiaro*

Nome: _____
Nome ***Secondo nome*** ***Cognome***

_____
Via *Apt. #*

_____
Città ***Stato*** ***CAP***

Tel: (_____) _____–_____Tel. ufficio: (_____) _____–_____E-mail:_____

Fax: (_____) _____–_____ Cell: (_____) _____–_____ Contatto preferito # (____) _____–_____

Orario preferito: _____ _____–_____–_____ _____/_____/_____
Numero di sicurezza sociale *Data di nascita*

Razza *(si prega di barrare la casella corrispondente):*

1. Bianca ❑
2. Asiatica ❑
3. Asiatica e bianca ❑
4. Altro ❑
5. Nera o afroamericana ❑
6. Nativo hawaiano/di altre isole del Pacifico ❑
7. Nera/afroamericana e bianca ❑
8. Nativo americano/dell'Alaska ❑
9. Nativo americano/dell'Alaska e bianco ❑
10. Nativo americano/dell'Alaska e nero ❑

Etnia (si prega di barrare la casella "sì" o "no" per indicare l'origine ispanica. In caso di origine ispanica, siete tenuti sia a scegliere la categoria "Razza" sia a indicare "sì" o "no" nella casella dell'origine ispanica)

Origine ispanica: Sì ❑ No ❑ Non rispondo ❑

Condizione di immigrazione (si prega si scegliere una sola risposta):
1. Sono nato negli Usa e 1 o entrambi i miei genitori sono stranieri
2. Sono nato negli Usa ma 1 o entrambi i miei nonni sono stranieri
3. Sono nato all'estero
4. Io, i miei genitori e i miei nonni siamo tutti nati negli Usa

Stato civile *(barrare la casella):* 1. Celibe/Nubile ❑ 2. Sposato/a ❑ 3. Divorziato/a ❑ 4. Separato/a ❑ 5. Vedovo/a ❑

Sesso *(barrare la casella)* Maschio ❑ Femmina ❑

Relazione con la persona affetta da disabilità dello sviluppo: (es. persona affetta, genitore, fratello o sorella, ecc)

_____
Nome della persona/e affetta/e da disabilità dello sviluppo: _____ **DOB:** _____/_____/_____

Tipo/i di disabilità:_____ _____

Per "Home" si intendono diverse tipologie e soluzioni abitative.

Sistemazione abitativa attuale *(si prega di barrare la casella corrispondente):*

1. Appartamento ❑
2. In famiglia ❑
3. Condivisione con amici ❑
4. Homeowner with mortgage paid off ❑
5. Alloggio certificato OPWDD ❑
6. Senzatetto ❑
7. Altro ❑_____

Sei un Acquirente di prima casa (al momento non possiedi una casa e non hai posseduto una casa nel corso degli ultimi tre anni)? Sì ❑ No ❑

Componenti del nucleo familiare*: _____* ***di cui a carico:*** *_____*

Età ____,____,____,____,____,____,____,____,____,____

Ci sono componenti del nucleo familiare non a carico che vivono in casa? Sì ❑ No ❑ *Se sì, quali:*

_____ _____

Relazione Età Relazione Età

Istruzione *(si prega di barrare una sola casella):*

1. Diploma di scuola media superiore o equivalente ❑
2. Laurea triennale ❑
3. Laurea specialistica ❑
4. Master ❑
5. Dottorato ❑

Sono venuto/a a conoscenza grazie a (si possono indicare più opzioni):

Cartelloni pubblicitari ❑ Banca ❑ Governo❑ TV ❑ Agenti immobiliari ❑

Personale/membri dell'amministrazione❑ Per caso ❑ Amici ❑ Radio ❑ Articolo di giornale ❑

*Se sei venuto a conoscenza grazie a una banca, indicane il nome.*_____

Altre fonti di informazione non elencate sopra_____

OCCUPAZIONE DEL RICHIEDENTE PRINCIPALE ***Si prega di scrivere in modo chiaro***

Datore di lavoro principale: _____

_____ _____
Qualifica *Data di assunzione*

_____
Via *Città* *Stato* *CAP*

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

Datore di lavoro secondario: _____

_____ _____
Qualifica *Data di assunzione*

_____
Via *Città* *Stato* *CAP*

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

OCCUPAZIONE DEL RICHIEDENTE PRINCIPALE — Ultimi 2 anni ***Si prega di scrivere in modo chiaro***

Se ricopri l'attuale posizione da meno di due anni, sei pregato di completare le seguenti informazioni:

Datore/i di lavoro: _____

_____ _____
Qualifica *Data di assunzione*

_____
Via *Città* *Stato* *CAP*

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

Datore/i di lavoro precedente/i:

_____

_____ _____

Qualifica *Durata del rapporto*

_____

Via *Città* *Stato* *CAP*

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑ all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

Datore/i di lavoro precedente/i: _____

_____ _____

Qualifica *Durata del rapporto*

_____

Via *Città* *Stato* *CAP*

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

Si prega, se necessario, di continuare a elencare i precedenti datori di lavoro su un foglio separato.

CO-RICHIEDENTE

Nome: _____
Nome ***Secondo nome*** ***Cognome***

_____
Via *Apt. #*

_____
Città ***Stato*** ***CAP***

Tel: (_____) _____–_____ Tel. ufficio: (_____) _____–_____ E-mail: _____

Fax: (_____) _____–_____ Cell: (_____) _____–_____ Contatto preferito # (____) _____–_____

Orario preferito: _____ _____–_____–_____ _____/_____/_____
Numero di sicurezza sociale *Data di nascita*

Razza *(si prega di barrare la casella corrispondente):*

1. Bianca ❑
2. Asiatica ❑
3. Asiatica e bianca ❑
4. Altro ❑
5. Nera o afroamericana ❑
6. Nativo hawaiano/di altre isole del Pacifico ❑
7. Nera/afroamericana e bianca ❑
8. Nativo americano/dell'Alaska ❑
9. Nativo americano/dell'Alaska e bianco ❑
10. Nativo americano/dell'Alaska e nero❑

Etnia (si prega di barrare la casella "sì" o "no" per indicare l'origine ispanica. In caso di origine ispanica, siete tenuti sia a scegliere la categoria "Razza" sia a indicare "sì" o "no" nella casella dell'origine ispanica)

Origine ispanica: Sì ❑ No ❑ Non rispondo ❑

Condizione di immigrazione (si prega si scegliere una sola risposta):
1. Sono nato negli Usa e 1 o entrambi i miei genitori sono stranieri
2. Sono nato negli Usa ma 1 o entrambi i miei nonni sono stranieri
3. Sono nato all'estero
4. Io, i miei genitori e i miei nonni siamo tutti nati negli Usa

Stato civile *(barrare la casella):* 1. Celibe/Nubile ❑ 2. Sposato/a ❑ 3. Divorziato/a ❑ 4. Separato/a ❑ 5. Vedovo/a ❑

Sesso *(barrare la casella)* Maschio ❑ Femmina❑

Istruzione *(si prega di barrare una sola casella):*

1. Diploma di scuola media inferiore ❑
2. Diploma di scuola media superiore o equivalente ❑
3. Laurea triennale ❑
4. Laurea specialistica ❑
5. Master ❑
6. Titoli successivi al Master❑

Relazione con il Richiedente principale: _____

OCCUPAZIONE DEL CO-RICHIEDENTE ***Si prega di scrivere in modo chiaro***

Datore di lavoro principale: _____

_____ _____
Qualifica *Data di assunzione*

_____
Via *Città* *Stato* *CAP*

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑ all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

Datore di lavoro secondario: _____

_____ _____
Qualifica *Data di assunzione*

_____
Via *Città* *Stato* *CAP*

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

OCCUPAZIONE DEL CO-RICHIEDENTE — Ultimi 2 anni ***Si prega di scrivere in modo chiaro***

Se ricopri l'attuale posizione da meno di due anni, sei pregato di completare le seguenti informazioni:

Datore/i di lavoro principale/i: _____

_____ _____
Qualifica *Data di assunzione*

_____
Via *Città* *Stato* *CAP*

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

Datore/i di lavoro precedente/i: _____

_____ _____
Qualifica *Durata del rapporto*

_____
Via ***Città*** ***Stato*** ***CAP***

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

Datore/i di lavoro precedente/i: _____

_____ _____
Qualifica *Durata del rapporto*

_____
Via ***Città*** ***Stato*** ***CAP***

Telefono: (_____) _____–_____

Part-Time ❑ o Full-Time ❑

Reddito lordo (al netto delle tasse): $_____

Tale importo è corrisposto ❑all'ora ❑alla settimana ❑ogni due settimane ❑due volte al mese ❑mensilmente?

Si prega, se necessario, di continuare l'elenco su un foglio separato.

REDDITO – ULTIMI 2 ANNI

REDDITO – ULTIMI 2 ANNI	RICHIEDENTE PRINCIPALE		CO-RICHIEDENTE	
	Attuale	Anno precedente	Attuale	Anno precedente
Tipi di reddito				
Stipendio				
Alimenti e mantenimento figli				
Redditi da locazione				
Previdenza sociale				
Pensione				
Assistenza pubblica				
Lavoro autonomo				
Sussidio SSI per persone a carico				
Sussidio disabilità				
Altre fonti di reddito				

	RICHIEDENTE PRINCIPALE	***CO-RICHIEDENTE***
Certifichi i redditi derivanti da alimenti/mantenimento figli?	*Sì* ❑ *No* ❑	*Sì* ❑ *No* ❑
Per quanto tempo sono previsti?	_____	_____
Tu o tuo figlio ricevete SSI e/o SSDI?	*Sì* ❑ *No* ❑	*Sì* ❑ *No* ❑

PASSIVITÀ/DEBITI

Si prega di elencare eventi debiti contratti, comprese carte di credito, finanziamenti auto, finanziamenti per lo studio e spese per i figli. Si presa di includere anche canone di locazione e utenze.

CORRISPOSTO A	RICHIEDENTE PRINCIPALE		CO-RICHIEDENTE	
	Bilancio attuale	*Pagamento mensile*	*Bilancio attuale*	*Pagamento mensile*

Si prega di utilizzare ulteriori fogli se necessario.

PAGAMENTI/SENTENZE/FALLIMENTO

Si prega di scrivere in modo chiaro

	RICHIEDENTE PRINCIPALE	*CO-RICHIEDENTE*
Negli ultimi 12 mesi i pagamenti sono stati puntuali?	***Sì*** ❑ ***No*** ❑	***Sì*** ❑ ***No*** ❑
Tu o il co-richiedente avete debiti in sospeso derivanti da sentenze di pagamento?	***Sì*** ❑ ***No*** ❑	***Sì*** ❑ ***No*** ❑
Importo (se applicabile) $_____		
Rientrate attualmente nelle condizioni di fallimento previste dal Capitolo 13?	***Sì*** ❑ ***No*** ❑	***Sì*** ❑ ***No*** ❑
Se sì, quando è cominciato il fallimento? _____		
Se sì, quando sarà saldato? _____		
Se sì, a quanto ammonta il pagamento? _____		
Siete mai rientrati nelle condizioni di fallimento previste dal Capitolo 7?	***Sì*** ❑ ***No*** ❑	***Sì*** ❑ ***No*** ❑
Se sì, quando è avvenuta la riabilitazione da fallimento? _____		

LIQUIDITÀ/RISPARMI/INVESTIMENTI

Si prega di scrivere in modo chiaro

Si prega di elencare il valore approssimativo delle seguenti voci:

	RICHIEDENTE PRINCIPALE	**CO-RICHIEDENTE**
Conto corrente		
Conto di risparmio		
Contanti		
Certificati di deposito		
Titoli (azioni, obbligazioni, ecc)		
Piano pensionistico		
Altre fonti di liquidità		

Sei in procinto di ricevere fondi aggiuntivi (es. rimborso fiscale, vendite di beni, ecc)? ***Sì*** ❑ ***No*** ❑

Se sì, qual è l'importo? $_____

SPESE DI SOSTENTAMENTO

Si prega di scrivere in modo chiaro

	RICHIEDENTE PRINCIPALE	**CO-RICHIEDENTE**
Mutuo o canone di locazione mensile attuale		
Spese per energia elettrica/riscaldamento /rifiuti		
Telefono		
Cellulare/cercapersone		
TV via cavo/satellitare		
Altre spese di sostentamento		

	RICHIEDENTE PRINCIPALE	*CO-RICHIEDENTE*
Sei un veterano?	***Sì*** ❑ ***No*** ❑	***Sì*** ❑ ***No*** ❑
Al momento sei in procinto di acquistare una casa?	***Sì*** ❑ ***No*** ❑	***Sì*** ❑ ***No*** ❑
Stai attualmente facendo affidamento su un'agenzia immobiliare?	***Sì*** ❑ ***No*** ❑	***Sì*** ❑ ***No*** ❑
Sei interessato a risparmiare per l'acquisto della prima casa?	***Sì*** ❑ ***No*** ❑	***Sì*** ❑ ***No*** ❑

AUTORIZZAZIONE

Io, sottoscritto, autorizzo NYS OPWDD a:

(a) a visionare la mia/nostra relazione creditizia per sottoporre a revisione il mio/nostro storico crediti a scopo informativo e di consulenza immobiliare in relazione alla mia ricerca di un prestito per l'acquisto di beni immobili;

(b) ottenere una copia della Dichiarazione di chiusura HUD -1 (HUD-1 Settlement Statement), Perizia e Nota dell'agenzia immobiliare (Real Estate Note) in caso di acquisto di un'abitazione, emessa dall'istituto di credito il quale mi/ci ha concesso il prestito e/o la compagnia di assicurazione che ha perfezionato il prestito.

Certificazione: Le informazioni contenute nella presente richiesta sono vere e complete al meglio delle mie/nostre conoscenze e convinzioni. Acconsento/acconsentiamo alla divulgazione di tali informazioni a fini di verifica delle informazioni riguardanti la mia/nostra richiesta di assistenza finanziaria. Sono/siamo consapevoli che dichiarazioni intenzionalmente inesatte riguardanti i fatti materiali saranno considerate motivo di esclusione.

Sono/siamo inoltre consapevole/i che qualsiasi dichiarazione falsa negligente o intenzionale delle informazioni contenute nel presente modulo può avere conseguenze di responsabilità civile e/o penale ai sensi delle disposizioni del Titolo 18, Codice degli Stati Uniti (United States Code), sezione 1001.

_____ _____

Firma del Richiedente *Data*

_____ _____

Firma del Co-richiedente *Data*

Pratiche e informativa sulla privacy

L'Ufficio per l'abitazione e la condivisione abitativa (Office of Home and Community Living) rispetta la tua fiducia e si impegna a gestire, utilizzare a proteggere in modo responsabile i tuoi dati personali. La presente nota descrive la nostra politica in materia di raccolta e divulgazione di informazioni personali. Per informazioni personali, come applicato nel presente documento, si intendono quelle informazioni che identificano una persona a livello individuale e che non sono pubblicamente disponibili. Esse comprendono informazioni finanziarie personali come reddito, storico crediti, esperienze lavorative, attività finanziarie, informazioni bancarie, debiti finanziari e altri documenti. Esse comprendono inoltre anche il vostro numero di sicurezza sociale e altre informazioni che ci avete fornito mediante la presentazione di richieste o la compilazione di moduli in relazione al Programma Home of Your Own, compresa la prevenzione del pignoramento (Foreclosure Prevention).

Raccolta di informazioni

Raccogliamo informazioni per sostenere il nostro programma di consulenza immobiliare e per aiutare chi si rivolge a noi ad ottenere un mutuo per l'acquisto della casa e/o un'attenuante in caso di pignoramento. Raccogliamo le informazioni personali sul Vostro conto basandoci sulle seguenti fonti:

- Informazioni che riceviamo da Voi attraverso la presentazione di richieste e la compilazione di moduli,
- Informazioni riguardanti le Vostre transazioni con noi, nostre affiliate o altri,
- Informazioni che riceviamo da agenzie di raccolta informazioni sui consumatori e
- Informazioni che riceviamo da referenze personali o lavorative.

Divulgazione di informazioni

Possono essere divulgati i seguenti tipi di informazioni personali sul Vostro conto:

- Informazioni che riceviamo da Voi mediante la presentazione di richieste o la compilazione di moduli, come il Vostro nome, indirizzo, numero di sicurezza sociale, datore di lavoro, occupazione, beni, debiti e reddito;
- Informazioni riguardanti le Vostre transazioni con noi, nostre affiliate o altri, come il saldo del conto corrente, lo storico dei pagamenti e il coinvolgimento in transazioni di varia natura; e
- Informazioni che riceviamo da agenzie di raccolta informazioni sui consumatori, come i rapporti dell'ufficio crediti, lo storico crediti e la Vostra capacità di credito.

Destinatari della divulgazione di informazioni

Le Vostre informazioni personali possono essere divulgate alle seguenti tipologie di soggetti terzi indipendenti:

- Fornitori di servizi finanziari, come aziende che forniscono mutui destinati all'acquisto della casa oppure modifica o rifinanziamento prestiti.
- Altri, come organizzazioni no profit operanti nel settore della consulenza immobiliare e dello sviluppo della condivisione abitativa ma solamente a scopi di revisione del programma, ricerca e vigilanza.

Siamo inoltre autorizzati a divulgare a terzi informazioni personali sul Vostro conto secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
Prima di condividere informazioni con soggetti terzi indipendenti, fatto salvo quanto descritto nella presente informativa, Vi può essere data la possibilità di richiedere che tali informazioni non siano divulgate.

Riservatezza e sicurezza

Consentiamo l'accesso alle Vostre informazioni personali solamente a quei dipendenti che hanno la necessità di conoscere tali informazioni al fine di fornirVi prodotti e servizi e per aiutarli nello svolgimento dei loro compiti, compresa la sottoscrizione e l'emissione di prestiti, il processo decisionale riguardo all'emissione di prestiti, l'assistenza nell'ottenimento di un prestito da terzi e la consulenza finanziaria. Mettiamo in atto procedure di sicurezza elettronica e materiale allo scopo di tutelare la riservatezza e l'integrità delle informazioni personali in nostro possesso e di prevenire accessi non autorizzati. Facciamo uso di file protetti e di accordi di riservatezza per proteggere le Vostre informazioni. Prendiamo inoltre ogni possibile precauzione per tutelare le Vostre informazioni personali.

Firma per presa visione e accettazione:

Nome del Richiedente in stampatello	**Data**
Firma del Richiedente	
Nome del Co-Richiedente in stampatello	**Data**
Firma del Co-richiedente	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Nome Richiedente:
Nome Co-richiedente (se presente):

Con il presente modulo si autorizza l'Ufficio dello Stato di New York per persone affette da disabilità dello sviluppo (The New York State Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) e la sua rete di agenzie, partner e individui che collaborano con l'OPWDD a scambiarsi e a divulgare i documenti da me/noi inviati volontariamente all'Ufficio per l'abitazione e la condivisione abitativa (Office of Home and Community Living) in relazione alla richiesta (pendente o attiva) di partecipazione al Programma Home of Your Own (HOYO), compresi tutti i suoi sotto-programmi e progetti.

Sono a conoscenza del fatto che le informazioni sono scambiate e divulgate al solo scopo di facilitare la mia/nostra opportunità di acquistare e/o curare la manutenzione di una casa, riorganizzare/riparare il mio storico crediti e/o avviare le procedure per l'attenuazione di eventuali perdite.

Sono inoltre a conoscenza del fatto che l'OPWDD e la sua rete di agenzie, partner e individui che collaborano con l'OPWDD non sono responsabili di eventuali usi impropri di tali informazioni da parte di terzi.

Firma per accettazione:

_____ _____

(Richiedente) *(Data)*

_____ _____

(Co-richiedente (se presente)) *(Data)*

UFFICIO OPWDD DELLO STATO DI NEW YORK PER L'ABITAZIONE E LACONDIVISIONE ABITATIVA (NYS OPWDD OFFICE OF HOME AND COMMUNITY LIVING)

Autorizzazione per relazione creditizia

Le seguenti informazioni sono fornite per permettere all'Ufficio per l'abitazione (Housing Office) dell'OPWDD dello Stato di New York di ottenere una relazione creditizia sul mio conto:

Nome_____

Indirizzo attuale

Via_____
Città/Stato/CAP_____

Indirizzo precedente

Via_____
Città/Stato/CAP_____

_____
Nome e indirizzo del datore di lavoro

_____
Posizione/Qualifica

_____
Numero di sicurezza sociale

_____
Telefono di casa

_____
Telefono dell'ufficio

Nome_____

Indirizzo attuale

Via_____
Città/Stato/CAP_____

Indirizzo precedente

Via_____
Città/Stato/CAP_____

_____
Nome e indirizzo del datore di lavoro

_____
Posizione/Qualifica

_____
Numero di sicurezza sociale

_____
Telefono di casa

_____
Telefono dell'ufficio

Sottoscrivendo il presente documento, io, sottoscritto, autorizzo l'Ufficio per l'abitazione (Housing Office) dell'OPWDD dello Stato di New York a ottenere una relazione creditizia sul mio conto da parte di un'agenzia operante nel settore delle relazioni creditizie. Autorizzo inoltre la divulgazione di tale relazione creditizia a qualsiasi affiliata di OPWDD per motivi di revisione.

Sono a conoscenza del fatto che posso ottenere una copia della relazione creditizia di cui sopra facendo richiesta alla suddetta agenzia in conformità al Fair Credit Reporting Act. Sono inoltre a conoscenza del fatto che, in caso di domande, controversie o commenti in merito alle informazioni sulla mia relazione creditizia, sono tenuto a contattare l'agenzia di cui sopra.

La presente autorizzazione non costituisce una richiesta di credito né, tanto meno, una richiesta all'OPWDD affinché quest'ultimo faccia richiesta a mio nome per l'ottenimento di credito.

Le informazioni e quanto divulgato sopra sono state lette e discusse attentamente con il cliente ed è stata ottenuta un'autorizzazione verbale.

_____ _____

_____ _____

Firme Data

Atto di notorietà (Affidavit) per genitori o tutore legale

STATO DI NEW YORK)
CONTEA DI)ss:

(Nome del Deponente _____ , sotto giuramento, depone e dichiara che:

1. Il deponente ha fatto domanda per un mutuo per l'acquisto della prima casa attraverso l'Agenzia mutui dello Stato di New York (State of New York Mortgage Agency) in quanto parte del Programma Home Of Your Own in collaborazione con l'Ufficio dello Stato di New York per persone affette da disabilità dello sviluppo (The New York State Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD).

2. Il deponente è un genitore o un tutore legale di una persona affetta da disabilità dello sviluppo.

3. Il deponente è stato informato dai rappresentanti dell'OPWDD nonché il deponente è a conoscenza e accetta il fatto che il presente programma è accessibile solamente ai genitori o ai tutori legali di persone affette da disabilità dello sviluppo, il cui intento è che la persona affetta da disabilità dello sviluppo risieda nell'abitazione per la quale viene inviata la richiesta quando l'abitazione sarà stata acquistata e che vi permanga per il tempo ragionevolmente prevedibile.

4. Il deponente, con il presente documento, dichiara che le informazioni di cui sopra rispondono al vero e sono aggiornate nonché che è volontà del deponente che la persona affetta da disabilità dello sviluppo risieda nell'abitazione di cui sopra come sua residenza principale.

_____

Firma del Deponente

Giurato alla mia presenza il
__ di , 20_ _

_____

Pubblico notaio

Atto di notorietà (Affidavit) per individui

STATO DI NEW YORK)
CONTEA DI)ss:

(Nome del Deponente _____ , sotto giuramento, depone e dichiara che:

1. Il deponente ha fatto domanda presso l'Ufficio dello Stato di New York per persone affette da disabilità dello sviluppo (New York State Office For People With Developmental Disabilities), nel prosieguo OPWDD, per la partecipazione al Programma Home of Your Own (HOYO).

2. Il deponente è a conoscenza del fatto che l'OPWDD non eroga mutui a persone affette da disabilità mentali e/o dello sviluppo ma che si limita ad assistere queste persone affinché possano fare domanda per un mutuo presso l'Agenzia mutui dello Stato di New York (State of New York Mortgage Agency), nel prosieguo SONYMA.

3. Il deponente è una persona affetta da disabilità mentale e/o dello sviluppo.

4. Il deponente è stato informato dai rappresentanti dell'OPWDD nonché il deponente è a conoscenza e accetta il fatto che il presente programma è accessibile solamente a persone affette da disabilità mentali e/o dello sviluppo che hanno dato vita a un *Gruppo di sostegno (Circle of Support) attivo.*

5. Il deponente è in possesso di una Lista dei membri del Gruppo di sostegno (Circle of Support Membership List).

6. Il deponente è a conoscenza e accetta di aver letto il documento allegato nel quale viene descritto il Gruppo di sostegno (Circle of Support).

7. Il deponente è a conoscenza e accetta il fatto che ogni membro del *Gruppo di sostegno* è scelto liberamente dal deponente stesso e può comprendere familiari e amici che si uniscono per dare supporto al deponente al fine di ottenere uno stile di vita più autonomo.

8. Il deponente è a conoscenza e accetta il fatto che ogni membro del *Gruppo di sostegno* si impegna a dare supporto e ad aiutare il deponente stesso nel visualizzare. esprimere, pianificare e raggiungere i propri sogni e obiettivi.

9. Il *Gruppo di sostegno* del deponente si impegna ad assistere il deponente stesso nel prendere decisioni ponderate e nel vivere in modo sicuro all'interno dell'abitazione di sua scelta quando quest'ultima sarà stata acquistata e, da quale momento, per il tempo ragionevolmente prevedibile.

10. Il deponente ha inviato nomi, relazioni e contatti esatti dei membri del suo *Gruppo di sostegno* all'Ufficio per l'abitazione e la condivisione abitativa (Office of Home and Community Living) dell'OPWDD.

11. Il deponente ha la responsabilità esclusiva di informare, per iscritto, i rappresentanti dell'OPWDD in caso di modifica dei membri del suo Gruppo di sostegno.

Il deponente, con il presente documento, dichiara che le informazioni di cui sopra rispondo al vero e sono aggiornate.

_____

Firma del Deponente

Giurato alla mia presenza il
__ di , 20_ _

_____

Pubblico notaio

Cos'è un Gruppo di sostegno?

- Un Gruppo di sostegno è un gruppo di persone, familiari, amici e personale di sostegno, che si sono riuniti per assistere una persona con difficoltà a visualizzare, esprimere a raggiungere le proprie ambizioni.

- Un Gruppo di sostegno assiste la persona nell'effettuare scelte/decisioni ponderate e nel prendersi carico della propria vita.

- Un Gruppo di sostegno assiste la persona nel far sentire la propria voce e nel costruirsi un'identità personale.

- I membri di un Gruppo di sostegno sono scelti liberamente dalla persona per aiutarla a raggiungere le proprie aspirazioni di abitazione indipendente attraverso il possesso di un'abitazione stessa.

- Un Gruppo di sostegno è uno dei requisiti del Programma Home of Your Own (HOYO).

- Nel programma HOYO, la persona è il decisore chiave e il Gruppo di sostegno assiste la persona nel prendere decisioni consapevoli, sicure e ponderate. Il modo in cui i membri svolgono il proprio ruolo è molto importante per la persona e per l'ottenimento di uno stile di vita autonomo.

- Un Gruppo di sostegno assiste la persona nell'ottenere la responsabilità personale e nel gestire le risorse in modo efficace.

- Un Gruppo di sostegno assiste la persona nel pianificare e mantenere un ambiente abitativo sicuro e indipendente.

- Un Gruppo di sostegno opera al meglio se vi è coesione e partecipazione.

- Un Gruppo di sostegno non ha il diritto di forzare qualcuno che è soddisfatto della propria vita o non desidera fare alcun cambiamento. Ad ogni modo, siete pregati di ricordare che un Gruppo di sostegno è uno dei requisiti per la partecipazione al programma HOYO. Senza un Gruppo di sostegno attivo, infatti, una persona non ha la possibilità di partecipare al programma HOYO.

Per maggiori informazioni sui Gruppi di sostegno, si prega di contattare l'Ufficio per l'abitazione e la condivisione abitativa (Office of Home and Community Living) al numero (518) 473-1973.

Agenzia di consulenza
immobiliare approvata da HUD

44 Holland Avenue
Albany, NY 12229-0001
TEL: 518.473.1973
FAX: 518.474.0783

75 Morton Street
New York, NY 10014
TEL: 212.229.3032

Lista dei membri del Gruppo di sostegno
(Allegato all'Appendice 5)

Nome del Deponente: _____
Indirizzo: _____
Telefono: _____

Lista dei membri

Nome dei membri	Indirizzo dei membri	Telefono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Programma di risparmio Conto di sviluppo individuale (Individual Development Account (IDA) Savings Program)

Modulo di consenso sulla privacy

Nome del Partecipante:
Nome Co-partecipante (se presente):

Il presente documento autorizza la M&T Bank a rilasciare copie della Lettera impegnativa mutuo (Mortgage Commitment Letter), Controllo/i dell'abitazione (Home Inspection), Perizia (Appraisal) nonché tutti i documenti di chiusura del mutuo all'Ufficio dello Stato di New York per persone affette da disabilità dello sviluppo (New York State Office For People With Developmental Disabilities, OPWDD).

Si riconosce che l'unico scopo di tale disposizione è quello di facilitare l'assistenza dell'OPWDD per mio conto. Né OPWDD né M&T Bank saranno ritenuti responsabili di eventuali usi impropri di tali informazioni. Ad ogni modo, sono al corrente che tali informazioni saranno mantenute riservate e che sono state fornite al solo scopo di facilitare la mia possibilità di ottenere fondi dalla M&T Bank per il versamento di una caparra e delle spese di chiusura necessarie per l'acquisto di un'abitazione.

Approvato da:

Partecipante:_____ **Data:** _____

Co-partecipante:_____ **Data:** _____

cc: Copia da inserire nel fascicolo Mutuo del Partecipante presso la M&T Bank

SIETE PREGATI DI INVIARE LA RICHIESTA COMPILATA E LA DOCUMENTAZIONE A:

NYS OPWDD
Ufficio per l'abitazione e la condivisione abitativa (Office of Home and Community Living)
44 Holland Avenue-4th Floor
Albany, NY 12229