NYS Office For People With Developmental Disabilities
Putting People First

Отдел по вопросам проживания дома и в привычном окружении (Office of Home and Community Living)

Консультационное агентство по жилищным вопросам
Департамента жилищного хозяйства и городского развития
(HUD Housing Counseling Agency)

44 Holland Avenue
Albany, NY 12229-0001
ТЕЛ.: 518-473-1973
ФАКС: 518-474-0783

75 Morton Street
New York, NY 10014
ТЕЛ.: 212-229-3032

Участник/родитель или официальный опекун Заявление на участие в программе *«Свой дом» (Home of Your Own)

ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ *Заполняйте разборчиво печатными буквами*

Ф. И. О.: _____
Имя ***Средний инициал*** ***Фамилия***

_____
Улица *Кв.*

_____
Город ***Штат*** ***Индекс***

Дом. тел.: (_____) _____–_____ Раб. тел.: (_____) _____–_____ Эл. почта:_____

Факс: (_____) _____–_____ Моб. тел.: (_____) _____–_____ Предпочтит. конт. тел.: (____) _____–_____

Предпочтит. время:_____ _____–_____–_____ *Номер социального страхования* _____/_____/_____ *Дата рождения*

***Раса** (отметьте нужное):*

1. Белый ❑
2. Азиатского происхождения ❑
3. Азиатского происхождения и белый ❑
4. Другое ❑
5. Чернокожий или афроамериканец ❑
6. Уроженец Гавайских или других островов Тихого океана ❑
7. Чернокожий/ афроамериканец и белый ❑
8. Американский индеец/ коренной житель Аляски ❑
9. Американский индеец/ коренной житель Аляски и белый ❑
10. Американский индеец/ коренной житель Аляски и чернокожий❑

Этническая принадлежность (выберите «да» или «нет» в пункте «Латиноамериканское происхождение». Следует поставить отметку в категории «Раса» и выбрать «да» или «нет» в пункте «Латиноамериканское происхождение»):

Латиноамериканское происхождение: Да ❑ Нет ❑ Предпочитаю не отвечать ❑

Статус иммигранта (выберите один вариант):
1. Вы родились в США, а один или оба ваших родителя родились за пределами США
2. Вы родились в США, а ваш дедушка или ваша бабушка или и дедушка, и бабушка родились за пределами США
3. Вы родились за пределами США
4. Вы, ваши родители, ваши дедушки и бабушки родились в США

***Семейное положение** (отметьте нужное):* 1. Холост (не замужем) ❑ 2. Женат (замужем) ❑ 3. Разведен(а) ❑ 4. Проживаю отдельно от супруга(-и) ❑ 5. Вдовец (вдова) ❑

Пол *(отметьте нужное):* Мужской ❑ Женский❑

Кем приходитесь участнику, имеющему инвалидность вследствие пороков развития (т. е. непосредственно участник, родитель, брат или сестра и т. д.): _____

Имя и фамилия лица (лиц), имеющего(-их) инвалидность вследствие пороков развития: _____ **Дата рождения:** _____/_____/_____

Вид инвалидности:_____

****Дом — под термином «дом» следует понимать различные места фактического проживания.***

Место фактического проживания в настоящее время *(отметьте нужное):*

1. Квартира ❑
2. Проживание с семьей ❑
3. Проживание с друзьями ❑
4. Домовладелец с выплаченной ипотекой ❑
5. Проживание в доме, сертифицированном Управлением по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) ❑
6. Бездомный(-ая) ❑
7. Другое ❑_____

Вы покупаете жилье впервые (вы в настоящее время не являетесь владельцем дома и не были владельцем дома на протяжении трех последних лет)? Да ❑ Нет ❑

Размер семьи/домохозяйства: _____ ***Количество иждивенцев:*** _____

Их возраст: ____,____,____,____,____,____,____,____,____

Есть ли лица, не являющиеся иждивенцами, которые будут проживать в доме? Да ❑ Нет ❑ *Если «Да», перечислите их ниже:*

_____ _____

Кем приходится Возраст Кем приходится Возраст

Образование *(выберите один вариант):*

1. Аттестат средней школы или его эквивалент ❑
2. Двухгодичный колледж ❑
3. Бакалавр ❑
4. Магистр ❑
5. Доктор ❑

Откуда узнали о программе (отметьте все подходящие варианты):

Реклама в прессе ❑ Банк ❑ Органы власти❑ ТВ ❑ Риелтор ❑

Сотрудник/член совета ❑ Пришел случайно ❑ Друг ❑ Радио ❑ Статья в газете ❑

*Если вас направил банк, укажите какой:*_____

Если «другое», укажите:_____

СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ОСНОВНОГО ЗАЯВИТЕЛЯ ***Заполняйте разборчиво, печатными буквами***

Основное место работы: _____

_____ _____
Должность *Дата приема на работу*

_____
Улица *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

Второе место работы: _____

_____ _____
Должность *Дата приема на работу*

_____
Улица *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ОСНОВНОГО ЗАЯВИТЕЛЯ за последние 2 года ***Заполняйте разборчиво, печатными буквами***

Если занимаете нынешнюю должность менее двух лет, укажите следующее:

Работодатель(-и): _____

_____ _____
Должность *Дата приема на работу*

_____
Улица *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

Предыдущий(-ие) работодатель(-и): _____

_____ _____
Должность *Продолжительность работы на этом месте*

_____
Улица *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

Предыдущий(-е) работодатель(-и): _____

_____ _____
Должность *Продолжительность работы на этом месте*

_____
Улица *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

При необходимости продолжите перечислять предыдущих работодателей на отдельном листе.

СОЗАЯВИТЕЛЬ

Ф. И. О.: _____

Имя ***Средний инициал*** ***Фамилия***

_____

Улица *Кв.*

_____

Город ***Штат*** ***Индекс***

Дом. тел.: (_____) _____–_____Раб. тел.: (_____) _____–_____Эл. почта:_____

Факс: (_____) _____–_____ Моб. тел.: (_____) _____–_____ Предпочтит. конт. тел.: (____) _____–_____

Предпочтит. время: _____ _____–_____–_____ _____/_____/_____

Номер социального страхования *Дата рождения*

Раса *(отметьте нужное):*

1. Белый ❑
2. Азиатского происхождения ❑
3. Азиатского происхождения и белый ❑
4. Другое ❑
5. Чернокожий или афроамериканец ❑
6. Уроженец Гавайских или других островов Тихого океана ❑
7. Чернокожий/ афроамериканец и белый ❑
8. Американский индеец/ коренной житель Аляски ❑
9. Американский индеец/ коренной житель Аляски и белый ❑
10. Американский индеец/ коренной житель Аляски и чернокожий❑

Этническая принадлежность (выберите «да» или «нет» в пункте «Латиноамериканское происхождение». Следует поставить отметку в категории «Раса» и выбрать «да» или «нет» в пункте «Латиноамериканское происхождение»):

Латиноамериканское происхождение: Да ❑ Нет ❑ Предпочитаю не отвечать ❑

Статус иммигранта (выберите один вариант):
1. Вы родились в США, а один или оба ваших родителя родились за пределами США
2. Вы родились в США, а ваш дедушка или ваша бабушка или и дедушка, и бабушка родились за пределами США
3. Вы родились за пределами США
4. Вы, ваши родители и ваши дедушки и бабушки родились в США

Семейное положение *(отметьте нужное):* 1. Холост (не замужем) ❑ 2. Женат (замужем) ❑ 3. Разведен(а) ❑ 4. Проживаю отдельно от супруга(-и) ❑ 5. Вдовец (вдова) ❑

Пол *(отметьте нужное)* Мужской ❑ Женский❑

Образование *(выберите один вариант):*

1. Документ о неоконченном среднем школьном образовании ❑
2. Аттестат средней школы или его эквивалент ❑
3. Двухгодичный колледж ❑
4. Бакалавр ❑
5. Магистр ❑
6. Выше степени магистра ❑

Кем приходитесь основному заявителю: _____

СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ СОЗАЯВИТЕЛЯ *Заполняйте разборчиво, печатными буквами*

Основное место работы: _____

_____ _____
Должность *Дата приема на работу*

_____
Улица *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

Второе место работы: _____

_____ _____
Должность *Дата приема на работу*

_____
Улица *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ СОЗАЯВИТЕЛЯ за последние 2 года*Заполняйте разборчиво, печатными буквами*

Если занимаете нынешнюю должность менее двух лет, укажите следующее:

Основное место(-а) работы: _____

_____ _____
Должность *Дата приема на работу*

_____
Улица *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑ почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

Предыдущий(-ие) работодатель(-и): _____

_____ _____
Должность *Продолжительность работы на этом месте*

_____
Улица ***Город*** ***Штат*** ***Индекс***

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

Предыдущий(-ие) работодатель(-и): _____

_____ _____
Должность *Продолжительность работы на этом месте*

_____
Улица ***Город*** ***Штат*** ***Индекс***

Телефон: (_____) _____–_____

Неполная занятость ❑ или Полный рабочий день ❑

Общий доход (до вычета налогов): $_____

Оплата труда: ❑почасовая ❑еженедельно ❑раз в две недели ❑два раза в месяц ❑ежемесячно

При необходимости продолжите перечисление на отдельном листе

ДОХОД В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ДВУХ ЛЕТ

ДОХОД В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ДВУХ ЛЕТ	ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ		СОЗАЯВИТЕЛЬ	
	В настоящее время	В предыдущем году	В настоящее время	В предыдущем году
Вид дохода				
Заработная плата				
Алименты на ребенка				
Доход от аренды				
Социальное пособие				
Пенсия				
Государственное денежное пособие				
Индивидуальная трудовая деятельность				
Дополнительный социальный доход иждивенца (SSI)				
Пособие по нетрудоспособности				
Другие источники дохода				

	ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ	***СОЗАЯВИТЕЛЬ***
Пособие/алименты на вашего ребенка оформлены документально?	*Да* ❑ *Нет* ❑	*Да* ❑ *Нет* ❑
Продолжительность выплаты алиментов:	_____	_____

Получаете ли вы или ваш ребенок дополнительный социальный доход (SSI) и/или дополнительный социальный доход иждивенца (SSDI)? *Да* ❑ *Нет* ❑ *Да* ❑ *Нет* ❑

ОБЯЗАТЕЛЬСТВА/ЗАДОЛЖЕННОСТИ

Пожалуйста, перечислите все имеющиеся у вас задолженности, включая кредитные карты, автокредиты, кредиты на обучение и расходы на уход за ребенком. Включите также арендную плату за жилье и коммунальные услуги.

ПОЛУЧАТЕЛЬ ПЛАТЕЖЕЙ	ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ		СОЗАЯВИТЕЛЬ	
	Баланс в настоящее время	*Сумма ежемесячного платежа*	*Баланс в настоящее время*	*Сумма ежемесячного платежа*

При необходимости используйте дополнительные листы.

ПЛАТЕЖИ/ПО РЕШЕНИЮ СУДА/БАНКРОТСТВО

Заполняйте разборчиво, печатными буквами

	ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ	***СОЗАЯВИТЕЛЬ***
Производили ли вы платежи своевременно в течение последних 12 месяцев?	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑
Есть ли у вас или у созаявителя просроченная задолженность по решению суда?	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑

Сумма (если применимо) $_____

В настоящее время вы выплачиваете задолженность согласно процедуре главы 13 (Chapter 13) Закона о банкротстве? ***Да*** ❑ ***Нет*** ❑ ***Да*** ❑ ***Нет*** ❑

Если «Да», когда началась выплата? _____
Если «Да», когда закончится выплата? _____
Если «Да», какова сумма платежа? _____

Проходили ли вы процедуру банкротства в соответствии с главой 7 (Chapter 7) Закона о банкротстве? ***Да*** ❑ ***Нет*** ❑ ***Да*** ❑ ***Нет*** ❑
Если «Да», когда она была завершена? _____

ЛИКВИДНЫЕ СРЕДСТВА/СБЕРЕЖЕНИЯ/ИНВЕСТИЦИИ

Заполняйте разборчиво, печатными буквами

Укажите приблизительные суммы:

	ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ	**СОЗАЯВИТЕЛЬ**
Текущий счет		
Сберегательный счет		
Наличные		
Депозитные сертификаты		
Ценные бумаги (акции, облигации и т. д.)		
Пенсионный счет		
Другие ликвидные средства		

Ожидается ли в скором будущем получение дополнительных средств (напр., возврат налоговых платежей, продажа имущества и т. д.)? ***Да*** ❑ ***Нет*** ❑

Если «Да», укажите сумму: $_____

РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ

Заполняйте разборчиво, печатными буквами

	ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ	**СОЗАЯВИТЕЛЬ**
Ежемесячная арендная плата за жилье или ежемесячные выплаты по ипотечному кредиту		
Электричество/газ/мусор		
Телефон		
Мобильный тел./пейджер		
Кабельное/спутниковое ТВ		
Другие расходы на проживание		

	ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ	СОЗАЯВИТЕЛЬ
Вы являетесь ветераном?	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑
В данный момент у вас есть дом, приобретенный по контракту?	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑
Вы в настоящее время работаете с агентом по продаже недвижимости?	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑
Вы намерены скопить на ваше первое жилье?	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑	***Да*** ❑ ***Нет*** ❑

РАЗРЕШЕНИЕ

Я разрешаю Управлению по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD):

(a) запрашивать мой/наш отчет о кредитных операциях для ознакомления с моей/нашей кредитной историей в целях предоставления консультаций по жилищным вопросам и для запроса информации в связи с моим стремлением получить кредит на покупку недвижимости;

(b) получать копии формы HUD-1 Settlement Statement (расчетная ведомость), справки об оценке недвижимости и закладных на недвижимое имущество при покупке жилья от кредитора, который предоставил мне/нам кредит, и/или компании, оформившей сделку.

Удостоверяющее заявление: Предоставленная в данном заявлении информация является правдивой и полной в меру моих/наших знаний и убеждений. Я/мы согласен/согласны на раскрытие информации в целях проверки информации, имеющей отношение к моему/нашему заявлению на получение финансовой помощи. Я/мы понимаю/понимаем, что всякое намеренное искажение существенных фактов послужит поводом для дисквалификации.

Я/мы понимаю/понимаем, что всякое умышленное или ненамеренное предоставление неверной информации в данной форме может повлечь административную и/или уголовную ответственность в соответствии с положениями титула 18 Кодекса законов США, раздел 1001.

_____ _____

Подпись заявителя *Дата*

_____ _____

Подпись созаявителя *Дата*

Политика и практика соблюдения конфиденциальности

Отдел по вопросам проживания дома и в привычном окружении (Office of Home and Community Living) ценит ваше доверие и делает все возможное, чтобы обеспечить ответственное обращение с личной информацией, ее использование и защиту. В данном уведомлении изложена наша политика в отношении сбора и раскрытия личной информации. Термин «личная информация» в данном уведомлении употребляется в значении информации, которая идентифицирует личность человека и которая не является общедоступной. Этот термин включает личную финансовую информацию, например кредитную историю, доход, трудовую историю, финансовые активы, информацию о банковских счетах, финансовых долгах и другие документы. Данный термин также включает номер социального страхования и другие данные, которые вы предоставили нам в заявлениях и формах, заполненных для программы «Свой дом» (Home of Your Own), в т. ч. информацию о предотвращении отчуждения заложенного имущества залогодержателем.

Информация, которую мы собираем

Мы собираем информацию, необходимую для предоставления консультаций по жилищным вопросам и для оказания вам помощи в получении ипотеки и/или предупреждения отчуждения заложенного имущества залогодержателем. Мы собираем сведения личного характера из следующих источников:

- информация, которую вы предоставляете в заявлениях и других формах;
- информация о ваших транзакциях с нами, нашими аффилированными и другими лицами;
- информация, которую мы получаем из агентства по сбору и предоставлению информации о кредитоспособности потребителей; и
- информация, которую мы получаем из личных рекомендаций или рекомендаций с места работы.

Информация, которую мы раскрываем

Мы можем раскрывать следующую информацию личного характера:

- сведения, которые мы получаем из заявлений и других форм, например имя и фамилия, адрес, номер социального обеспечения, работодатель, род занятий, активы, долги и доход;
- информацию о ваших транзакциях с нами, нашими аффилированными и другими лицами, например остаток средств на счете, платежная история и стороны ваших транзакций;
- информацию, которую мы получаем из агентства по сбору и предоставлению информации о кредитоспособности потребителей, например отчеты кредитного бюро, кредитная история и кредитоспособность.

Кому мы раскрываем информацию

Мы можем раскрывать личную информацию следующим неаффилированным третьим сторонам:

- поставщикам финансовых услуг, таким как компании, занимающиеся предоставлением ипотеки или реструктуризацией кредитов или рефинансированием;
- другим третьим сторонам, таким как некоммерческие организации, предоставляющие консультационные услуги по жилищным вопросам и развитию местной инфраструктуры, но только в целях анализа, исследования и надзора.

Мы также можем раскрывать вашу личную информацию третьим сторонам в соответствии с требованиями законодательства.

Перед тем как предоставить личную информацию неаффилированным третьим сторонам, кроме случаев, описанных в данном уведомлении о политике конфиденциальности, мы можем предоставить вам возможность дать указания не раскрывать такую информацию.

Конфиденциальность и безопасность

Мы предоставляем доступ к вашей личной информации только тем нашим сотрудникам, которым она необходима для предоставления вам продуктов и услуг, для выполнения их служебных обязанностей, включая андеррайтинг и обслуживание кредитов, принятие решений по кредитам, а также для оказания вам помощи в получении кредитов от других организаций и консультаций по финансовым вопросам. У нас существуют физические и электронные процедуры, которые гарантируют конфиденциальность и целостность находящейся у нас личной информации и защиту от несанкционированного доступа. Для защиты вашей информации мы используем блокировку файлов и заключаем соглашения о соблюдении конфиденциальности. Принимаемые нами меры по обеспечению безопасности обеспечивают защиту вашей личной информации.

Уведомление получил(а) и с условиями согласен(-на):

_____ _____

Имя и фамилия заявителя печатными буквами **Дата**

_____

Подпись заявителя

_____ _____

Имя и фамилия созаявителя печатными буквами **Дата**

_____

Подпись созаявителя

СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Имя и фамилия заявителя:
Имя и фамилия созаявителя (если применимо):

С помощью данной формы Управлению штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (OPWDD), агентствам его сети, его партнерам и работающим с ним отдельным лицам предоставляется разрешение обмениваться любыми/всеми документами и передавать любые/все документы, которые я/мы добровольно предоставил/предоставили в Отдел по вопросам проживания дома и в привычном окружении (Office of Home and Community Living) в связи с моим/нашим заявлением (ожидающим рассмотрения или удовлетворенным) на участие в программе «Свой дом» (Home of Your Own, HOYO), включая какую-либо/все подпрограммы и проекты.

Я понимаю, что единственной целью обмена и передачи какой-либо/всей информации является оказание мне/нам помощи в получении возможности купить жилье и/или поддерживать дом в хорошем состоянии, реструктуризировать/улучшить мою кредитную историю и/или разработать меры по уменьшению убытков.

Я также понимаю, что OPWDD, агентства его сети, его партнеры и работающие с ним отдельные лица не будут нести ответственности за какое-либо неправомерное использование такой информации любым источником.

Одобрено и подписано:

_____ _____

(Заявитель) *(Дата)*

_____ _____

(СОЗАЯВИТЕЛЬ (если применимо)) *(Дата)*

ОТДЕЛ ПО ВОПРОСАМ ПРОЖИВАНИЯ ДОМА И В ПРИВЫЧНОМ ОКРУЖЕНИИ (OFFICE OF HOME AND COMMUNITY LIVING) УПРАВЛЕНИЯ OPWDD ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

Разрешение на получение отчета о кредитных операциях

Нижеследующая информация предоставляется Жилищному отделу (Housing Office) Управления OPWDD штата Нью-Йорк с целью получения отчета о моих кредитных операциях.

Имя и фамилия_____

Адрес фактического проживания

Улица_____
Город/штат/индекс_____

Предыдущий адрес

Улица_____
Город/штат/индекс_____

_____
Имя, фамилия и адрес работодателя

_____
Должность

_____
Номер социального обеспечения

_____
Домашний телефон

_____
Рабочий телефон

Имя и фамилия_____

Адрес фактического проживания

Улица_____
Город/штат/индекс_____

Предыдущий адрес

Улица_____
Город/штат/индекс_____

_____
Имя, фамилия и адрес работодателя

_____
Должность

_____
Номер социального обеспечения

_____
Домашний телефон

_____
Рабочий телефон

Поставив свою подпись ниже, я даю разрешение Жилищному отделу (Housing Office) Управления OPWDD штата Нью-Йорк получить отчет о моих кредитных операциях в агентстве по сбору и предоставлению информации о кредитоспособности. Я также разрешаю передать отчет о моих кредитных операциях аффилированному лицу OPWDD для ознакомления.

Я понимаю, что могу получить данный отчет в агентстве по сбору и предоставлению информации о кредитоспособности в соответствии с Законом об объективной кредитной отчетности (Fair Credit Reporting Act). Я также понимаю, что если у меня возникнут вопросы, разногласия или комментарии по отчету о кредитных операциях,

мне нужно обратиться в агентство по сбору и предоставлению информации о кредитоспособности и обсудить эти вопросы.

Данное разрешение не является ни заявлением на получение кредита, ни просьбой к OPWDD рассмотреть мое заявление на получение кредита.

Вышеизложенная информация и сведения о раскрытии информации были прочитаны и обсуждены с клиентом, и было получено устное разрешение.

_____ _____

_____ _____

Подписи Дата

Аффидевит родителя или законного опекуна

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК)
ОКРУГ), а именно:

(Имя и фамилия лица, дающего аффидевит) _____, приведенный(-ая) к присяге должным образом, утверждает и заявляет:

1. Что лицо, дающее аффидевит, обратилось с заявлением на получение ипотеки для приобретения первого жилья через Ипотечное агентство штата Нью-Йорк (State of New York Mortgage Agency) по программе «Свой дом» (Home Of Your Own) в Управление по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (OPWDD).

2. Что лицо, дающее аффидевит, является родителем или законным опекуном лица, имеющего инвалидность вследствие пороков развития.

3. Что лицо, дающее аффидевит, было проинформировано представителями OPWDD, понимает и признает, что данная программа доступна только для родителей и законных опекунов участника, имеющего инвалидность вследствие пороков развития, которые хотят, чтобы участник, имеющий инвалидность вследствие пороков развития,

проживал в жилом помещении, на приобретение которого подано заявление, в момент его приобретения и в обозримом будущем.

4. Настоящим лицо, дающее аффидевит, заявляет, что вышеизложенная информация является правдивой и актуальной на момент составления данного документа и что лицо, дающее аффидевит, хочет, чтобы участник, имеющий инвалидность вследствие пороков развития, проживал в данном жилом помещении как в основном месте его проживания.

_____

Подпись лица, дающего аффидевит

Подписано под присягой в моем присутствии
«__» , 20_ _г.

_____

Государственный нотариус

Аффидевит от участников

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК)
ОКРУГ), а именно:

(Имя и фамилия лица, дающего аффидевит) _____, приведенный(-ая) к присяге должным образом, утверждает и заявляет:

1. Что лицо, дающее аффидевит, обратилось с заявлением в Управление по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (далее OPWDD) на участие в программе «Свой дом» (Home Of Your Own, HOYO).

2. Что лицо, дающее аффидевит, понимает, что OPWDD не предоставляет ипотеку лицам, имеющих инвалидность вследствие пороков развития и/или умственной отсталости, но помогает этим лицам приобрести право подать заявление на

приобретение ипотечных продуктов в Ипотечном агентстве штата Нью-Йорк (далее SONYMA).

3. Что лицо, дающее аффидевит, является участником, имеющим инвалидность вследствие пороков развития и/или умственной отсталости.

4. Что лицо, дающее аффидевит, было проинформировано представителями OPWDD, понимает и признает, что данная программа доступна только для участников, имеющих инвалидность вследствие пороков развития и/или умственной отсталости, у которых есть действующий *круг поддержки*.

5. Что лицо, дающее аффидевит, имеет список членов круга поддержки.

6. Что лицо, дающее аффидевит, понимает и подтверждает, что прочитал(а) прилагаемый документ, в котором описан круг поддержки.

7. Что лицо, дающее аффидевит, понимает и признает, что каждый член его *круга поддержки* выбран им самостоятельно и это могут быть члены семьи или друзья, которые объединились, чтобы помочь лицу, дающему аффидевит, обеспечить более самостоятельный образ жизни.

8. Что лицо, дающее аффидевит, понимает и признает, что *круг поддержки* готов оказать помощь и поддержку, отчетливо представлять себе, выражать, планировать и воплощать в жизнь его мечты и цели.

9. Что *круг поддержки* будет помогать лицу, дающему аффидевит, делать информированный выбор и жить в полной безопасности в выбранном им собственном доме в момент его приобретения и в обозримом будущем.

9. Что лицом, дающим аффидевит, в Отдел по вопросам проживания дома и в привычном окружении (Office of Home and Community Living) OPWDD представлены точные имена, фамилии и контактная информация людей его *круга поддержки* , точно указано, кем они ему приходятся.

10. Что лицо, дающее аффидевит, несет единоличную ответственность за информирование (в письменной форме) представителей OPWDD об изменениях в составе круга поддержки с указанием даты таких изменений.

Настоящим лицо, дающее аффидевит, заявляет, что вышеизложенная информация является правдивой и актуальной на момент составления документа.

_____

Подпись лица, дающего аффидевит

Подписано под присягой в моем присутствии
«__» , 20_ _ г.

_____

Государственный нотариус

Что представляет собой круг поддержки?

- Круг поддержки — это группа людей, в состав которой входят члены семьи, друзья и оказывающий поддержку персонал учреждений, которые объединились с целью помочь участнику, имеющему инвалидность, отчетливо представлять себе, выражать, планировать и воплощать в жизнь его жизненные мечты.

- Круг поддержки помогает участнику с инвалидностью делать информированный выбор/принимать информированные решения и принимать на себя ответственность за свою жизнь.

- Круг поддержки помогает лицу с инвалидностью самоутвердиться как личность и сделать так, чтобы его голос услышали.

- Человек самостоятельно выбирает членов своего круга поддержки для того, чтобы они помогли ему воплотить в жизнь мечту о независимом проживании при помощи приобретения собственного жилья.

- Наличие круга поддержки — это требование программы «Свой дом» (Home Of Your Own, HOYO).

- В программе HOYO участник, имеющий инвалидность, является главной фигурой при принятии решений, а круг поддержки помогает ему принимать информированные, безопасные и мудрые решения. То, как члены круга поддержки выполняют свою роль, является очень важным для участника с инвалидностью и его способности обеспечить самостоятельный образ жизни.

- Круг поддержки помогает лицу, имеющему инвалидность, приобрести чувство ответственности за себя и эффективно управлять ресурсами.

- Круг поддержки помогает лицу, имеющему инвалидность, планировать и поддерживать безопасную независимую среду проживания.

- Круг поддержки наилучшим образом работает при наличии консенсуса и партнерских отношений.

- Круг поддержки нельзя навязать кому-либо, кто доволен своей жизнью и не хочет ничего менять. Однако следует иметь в виду, что наличие круга поддержки является обязательным требованием для участия в программе HOYO. Без выполняющего

свою роль круга поддержки лицо, имеющее инвалидность, не сможет участвовать в программе HOYO.

Для получения более подробной информации о круге поддержки позвоните в Отдел по вопросам проживания дома и в привычном окружении (Office of Home and Community Living) по телефону (518) 473-1973.

Консультационное агентство по жилищным вопросам
Департамента жилищного хозяйства и городского развития
(HUD Housing Counseling Agency)

44 Holland Avenue
Albany, NY 12229-0001
ТЕЛ.: 518.473.1973
ФАКС: 518.474.0783

75 Morton Street
New York, NY 10014
ТЕЛ.: 212.229.3032

Список членов круга поддержки
(Дополнение к Приложению 5)

Имя и фамилия лица, дающего аффидевит: _____
Адрес: _____
Телефон: _____

Список членов

Имена и фамилии	Адреса	Номера телефонов
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Сберегательная программа «Индивидуальный счет развития» (IDA Savings Program)

Разрешение на раскрытие конфиденциальной информации

Имя и фамилия участника программы:
Имя и фамилия соучастника программы (если применимо):

Настоящим даю разрешение M&T Bank передавать копии письма об ипотечных обязательствах (Mortgage Commitment Letter), проверок жилищных условий (Home Inspections), оценку стоимости (Appraisal) и всех документов о погашении ипотеки в Управление по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (Office For People With Developmental Disabilities, OPWDD).

Я понимаю, что единственной целью данной договоренности является содействие в оказании помощи OPWDD от моего имени. Ни OPWDD, ни M&T Bank не будут нести ответственности за какое-либо неправомерное использование данной информации. Однако я понимаю, что с данной информацией будут обращаться как с конфиденциальной и что она предоставляется только с целью оказать мне содействие в получении возможности получить средства для первого взноса и покрытия расходов по ипотеке для покупки жилья в M&T Bank и ни в каких других целях.

Одобрено:

Участник программы:_____ **Дата:** _____

Соучастник программы:_____ **Дата:** _____

Копия: для ипотечного досье участника программы в M&T Bank.

ОТПРАВЬТЕ ВСЕ ЗАПОЛНЕННЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ И ВСЕ МАТЕРИАЛЫ ПО АДРЕСУ:

NYS OPWDD
Office of Home and Community Living
44 Holland Avenue-4th Floor
Albany, NY

12229