



Office use only - Date _____ Received: _____ Time: _____
--

RANCHO VERDE VENTURA LP

**RANCHO VERDE APARTMENTS APPLICATION TO RENT
10503-10599 Los Gatos Street 93004**



NON-DISCRIMINATION STATEMENT: We are an Equal Housing Opportunity Provider. We provide rental housing without discrimination on the basis of race, color, creed, national origin, religion, sex, marital or familial status, age, orientation, income source, disability, physical or mental handicap, or other protected classes as defined by the laws of the Federal or State government, either now in place or put in place at a later date.

DECLARACION DE NO DISCRIMINACION: Nosotros somos proveedores de oportunidad justa de vivienda. Nosotros proveemos viviendas de renta sin discriminación en base a raza, color, origen nacional, sexo, estado marital o familiar, edad, orientación, fuentes de ingreso, incapacidad física o mental, u otras clases protegidas como son definidas por las leyes federales o el gobierno del estado establecidas o impuestas más tarde en otra fecha.

IMPORTANT: I understand that all information given on this application is subject to verification, including a credit report and criminal background check. Any information determined to be false may result in the permanent cancellation of the application. Any security deposit given will be held until application is processed but does not indicate that the application is approved and may be returned at any time prior to occupancy.

IMPORTANTE: Entiendo que toda la información en esta aplicación será verificada, incluyendo un reporte de crédito y reporte criminal. Cualquier información determinada falsa resultara en cancelación permanente de su aplicación. Cualquier depósito de seguridad aceptado será retenido hasta que su aplicación sea procesada, pero no indicará que su aplicación haya sido aprobada puede ser regresado antes de ocuparse.

TO THE APPLICANT: Please fill out this form completely. No application will be accepted unless each question has been answered completely and applicant has provided acceptable I.D. for all household members. All references will be checked and if any information is found to be false or incomplete, the applicant may be rejected. Use additional pages if more space is needed.

PARA EL SOLICITANTE: Favor de llenar esta forma completamente. No será aceptada ninguna aplicación hasta que cada pregunta sea contestada completamente y el solicitante muestre identificación aceptable para todos los miembros de la familia. Todas las referencias serán confirmadas y si se encuentran cualquier información falsa o incompleta, el solicitante puede que sea rechazado. Use páginas adicionales si necesita más espacio.



General Applicant Information/ Información General Para Solicitar

INSTRUCTIONS FOR HEAD OF HOUSEHOLD

1. Please print neatly in ink. Do not leave any sections blank. If the requested information does not apply, write "None". **Do not use "white out" or corrective materials; line through incorrect information and re-write. Please call (805) 648-5008 , if you have any questions. Completed application packets may be delivered to: Housing Authority of the City of San Buenaventura 995 Riverside Street, Ventura, CA 93001 or 11122 Snapdragon St. #101, Ventura, CA 93004.**
2. The Head of Household and all other adult household members (18 years of age or older) must sign the final pages of this application certifying the truth and accuracy of disclosed information, authoring release of information and authorizing credit/criminal background checks.
3. All information on this application must be true, complete, and accurate. Incomplete applications will not be accepted.
4. All information provided is considered confidential and will be handled accordingly
5. **Applications deemed to contain incomplete, misleading or containing false information will be rejected.**
6. If your application is rejected, you will receive a written notification within 10 days stating the reason(s) for rejection. You have the right to appeal the rejection. The appeal must be received in writing within 14 days from the date of the notice of rejection.
7. Submission of this application **does not guarantee** that you or any member of your household will be approved for tenancy.

INSTRUCCIONES PARA LA CABEZA DE FAMILIA

1. Por favor imprima cuidadosamente en tinta. No deje ninguna sección en blanco. Si la información solicitada aplica, escriba "Ninguno". **No use liquido corrector o materiales correctivos; cruce la información incorrecta y vuelva a escribir. Llame al (805) 648-5008, si tiene alguna pregunta. Las aplicaciones pueden ser entregada a la oficina de La Autoridad de Vivienda de la Ciudad de San Buenaventura localizada en 995 Riverside Street, Ventura, CA 93001 o 11122 Snapdragon St. # 101, Ventura, CA 93004.**
2. La cabeza de familia y todos adultos del hogar (mayores de 18 años) deben firmar la aplicación certificando veracidad y exactitud de la información, la autorización para la divulgación de información y la autorización de la verificación de antecedentes, récord criminal y crédito.
3. **Toda la información en esta solicitud debe ser verdadera, completa y precisa. No se aceptarán aplicaciones incompletas.**
4. Toda la información proporcionada se considera confidencial y será manejado en consecuencia
5. Cualquier aplicación que se considere que contienen información incompleta o que contiene información falsa será rechazada.
6. Si su aplicación es rechazada, recibirá una notificación por escrito indicando los motivos del rechazo en 10 días. Usted tiene el derecho de apelar el rechazo. La apelación debe recibirse por escrito dentro de los 14 días a partir de la fecha de la notificación de rechazo.
7. La presentación de esta aplicación no garantiza que usted o algún miembro de su hogar sean aprobados.

General Application Information/ Información del Solicitante

Head of Household/Cabeza de familia: _____
Home Phone/número de teléfono: _____ Cell number/ Numero celular: _____
No. of bedrooms/ número de recamaras: _____ E-mail/correo electrónico: _____
Employer/Empleador: _____ Work #/Teléfono de Trabajo: _____
Employee Address/Domicilio de empleador: _____
Position Held/Posición Sostenida: _____ How long/Cuanto Tiempo: _____

Farm Labor Status

1. Are you currently an active farm laborer?

¿Es usted actualmente un trabajador del campo? Yes / Si No

2. Are you a retired/disabled person who was an active farmworker at the time of retirement/disability?

¿Es usted una persona jubilada(o)/discapacitada(o) debido a su empleo en el campo? Yes / Si No

3. Do you expect any additions to the household within the next 12 months? / ¿Espera alguna adición al hogar dentro de los próximos 12 meses? Yes / Si No (Examples: a future spouse, a minor entering the home through adoption, etc) (Ejemplos: un futuro cónyuge, un menor de edad a través de la adopción, etc.)

Name and relationship/Nombre y relación: _____

4. Will anyone under the age of 18 listed above live in the unit less than 50% of the time in the next 12 months? / ¿Habrá alguien bajo la edad de 18 nombrado anteriormente que vivirá en la unidad menos de 50% del tiempo de los próximos 12 meses? Yes / Si No

If yes, please explain / Si es si, por favor explique: _____

5. How many people will live in the apartment/ ¿Cuántas personas vivirán en el apartamento?

Adults (18 years or older) / ¿Adultos (mayores de 18)? : _____ Children (under 18 years)/Niños(menores de 18) _____

6. Do you have a pet? / ¿tiene mascota? Yes / Si No

If yes, type? / ¿Si tiene mascota, que clase de mascota? _____ Weight/Peso: _____

7. Do you have a Section 8 Voucher? / ¿Recibe asistencia de sección 8? _____ If yes, Client No./ si recibe asistencia cuál es su número de cliente _____ Number of Bedrooms/ ¿para cuantas recamaras? _____

Housing Authority that issued the Voucher/ ¿Cual autoridad viviendo le provee la asistencia?: _____

Expiration Date/Fecha de vencimiento: _____

8. Has assistance in a subsidized housing program ever been terminated for fraud, nonpayment of rent or failure to cooperate with recertification procedures? *¿Alguna vez le han retirado la asistencia del algún programa de vivienda subsidiada por fraude, por falta de pago, ¿o por no cooperar en el proceso de la recertificación?* **Yes / Si** **No**

9. Have you ever been evicted or had an unlawful detainer filed against you? */ Alguna Vez ha sido desalojado(a) de una vivienda o a recibido una demanda de desalojo?* **Yes / Si** **No**

If yes, explain/Si la respuesta es sí, explique: _____

10. Estimated entire combined household gross income (before taxes) per month/Estimado de ingresos mensuales en bruto (antes de impuestos) combinado de toda la familia: \$ _____

11. Do you have any outstanding balances on credit cards or loans/Tiene algún saldo pendiente en tarjetas de crédito o préstamos? **Yes / Si** **No** **If yes, amount of total outstanding debt/cantidad total de deuda** \$ _____

Amount of combined monthly payments/pagos mensuales combinados \$ _____

12. Have you ever filed for bankruptcy/Alguna vez se ha declarado en bancarrota? **Yes / Si** **No**

If yes, give date of discharge/Si la respuesta es sí, cual es la fecha que la dieron de baja _____

13. Have you or any member of your household ever been convicted of a violent, drug related, or sex crime/ ¿Alguna vez usted o algún miembro de su familia ha sido condenado por un delito violento, relacionado con drogas o crimen sexual? **Yes / Si** **No**

If yes, what crime/Si la respuesta es sí, cual crimen _____

State/Estado _____ **County/Condado** _____ **Date/Fecha** _____

14. Are you or any member of your household currently using or abusing controlled substances? / ¿Está usted o algún miembro de su hogar actualmente usando o abusando de sustancias controladas? **Yes / Si** **No**

15. Have you or any member of the household ever been responsible for a fire due to either intentional or negligent acts, which resulted in injury to persons or property/ ¿Alguna vez usted o algún miembro de la familia ha sido responsable de un incendio debido a actos intencionales o negligentes, que hayan causado lesiones a personas o bienes? **Yes / Si** **No**

16. Do you agree to participate in a resident orientation, including fire safety training/¿Acepta participar en una orientación que incluye capacitación de seguridad contra incendios? **Yes / Si** **No**

17. Are you or any member of your household related to any member of the Housing Authority of the City of San Buenaventura staff/ Esta usted o alguna persona de la familia relacionada con algún miembro de la Autoridad de viviendas de la Ciudad de San Buenaventura? **Yes / Si** **No**

If yes, employee name and relationship/ Nombre del empleado y relacion: _____

◆.....◆

Rental History/Historial Domiciliar

18. List all residences for the last five years/liste todos los domicilios en los últimos cinco años

Current Address/Domicilio Actual

	Street/Calle	City/ciudad	State/Estado	Zip/Código Postal
Landlord's Information / Información del Arrendador				
Name/Nombre: _____				
Mailing Address /Domicilio para correspondencia: _____				
Phone Number/Teléfono: _____				
Fax Number/Numero de Fax: _____				
Move-in Date/Fecha de alojamiento: _____ To/A: _____				
Number of bedrooms/Numero de recamaras _____			Rent/Renta \$ _____	
Reason for moving/Razón por mudarse: _____				

Past Address/Domicilio Anterior

	Street/Calle	City/ciudad	State/Estado	Zip/Código Postal
Landlord's Information / Información del Arrendador				
Name/Nombre: _____				
Mailing Address /Domicilio para correspondencia: _____				
Phone Number/Teléfono: _____				
Fax Number/Numero de Fax: _____				
Move-in Date/Fecha de alojamiento: _____ To/A: _____				
Number of bedrooms/Numero de recamaras _____			Rent/Renta \$ _____	
Reason for moving/Razón por mudarse: _____				

Past Address/Domicilio Anterior

	Street/Calle	City/ciudad	State/Estado	Zip/Código Postal
Landlord's Information / Información del Arrendador				
Name/Nombre: _____				
Mailing Address /Domicilio para correspondencia: _____				
Phone Number/Teléfono: _____				
Fax Number/Numero de Fax: _____				
Move-in Date/Fecha de alojamiento: _____ To/A: _____				
Number of bedrooms/Numero de recamaras _____			Rent/Renta \$ _____	
Reason for moving/Razón por mudarse: _____				

Past Address/Domicilio Anterior

	Street/Calle	City/ciudad	State/Estado	Zip/Código Postal
Landlord's Information / Información del Arrendador				
Name/Nombre: _____				
Mailing Address /Domicilio para correspondencia: _____				
Phone Number/Teléfono: _____				
Fax Number/Numero de Fax: _____				



Move-in Date/Fecha de alojamiento: _____ To/A: _____
 Number of bedrooms/Numero de recamaras _____ Rent/Renta \$ _____
 Reason for moving/Razón por mudarse: _____

Past Address/Domicilio Anterior

 Street/Calle City/ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Landlord's Information / Información del Arrendador
 Name/Nombre: _____
 Mailing Address /Domicilio para correspondencia: _____
 Phone Number/Teléfono: _____
 Fax Number/Numero de Fax: _____
 Move-in Date/Fecha de alojamiento: _____ To/A: _____
 Number of bedrooms/Numero de recamaras _____ Rent/Renta \$ _____
 Reason for moving/Razón por mudarse: _____

Household Composition / Composición del Hogar

19. List below all persons who will be living in the unit, including yourself. Please include any unborn child.
Indique abajo todas las personas que vivirán en la unidad, incluyéndose a sí mismo. Favor de incluir cualquier niño/a aun no nacido.

HH Mbr #	Last Name/ Apellido	First Name & Middle Initial/Nombre e inicial de segundo nombre	Relationship to Head of Household /Relación con cabeza de la familia	Date of Birth (MM/DD/YYYY) /Fecha de Nacimiento	F/T Student (Y or N) ¿Estudiante de tiempo complete? (S o N)	Social Security or Alien Reg. No./Numero de Seguro Social
1			Head/Cabeza			
2						
3						
4						
5						
6						
7						



Income Information / Información de Ingresos

20. Does any member of this household anticipate on being awarded income from any of the following sources during the next 12 months? Mark every question yes or no. Complete all of the blanks for any questions answered with yes.
¿Algún miembro de este hogar anticipa ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes durante los próximos 12 meses? Marque cada pregunta si o no. Llene todos los espacios para cualquier pregunta que contesté con un sí.

INCOME / INGRESOS	YES/NO SI/NO	MONTHLY AMOUNT/ CANTIDAD MENSUAL	APPLICANT RECEIVING BENEFITS/SOLICITANTE RECIBIENDO LOS BENEFICIOS	SOURCE OF INCOME NAME/ADDRESS/PHONE FUENTE DE INGRESOS NOMBRE/DIRECCIÓN/NO. TEL
A. Employment Income Wages/Salary #1/Ingresos de empleo/ salario # 1				
B. Employment Income Wages/Salary #2/ Ingresos de empleo/ salario # 2				
C. Employment Income Wages/Salary #3Ingresos de empleo/ salario # 3				
D. Business/Self Employment / Negocios / Empleo por cuenta propia				
E. Social Security/ Seguro Social				
F. Supplemental Social Security / Seguro Social Suplemental				
G. Pension/Retirement / Pensión / Retiro				
H. Disability/Death Benefits / Discapacidad / Beneficios por Muerte				
I. Unemployment / Desempleo				
J. Disability Compensation/ Compensación de Discapacidad				
K. Worker's Compensation / Compensación del Trabajador				
L. Public Assistance/ Asistencia Publica				
M. Alimony/ Manutención				
N. Child Support / Manutención de Menores				
O. Recurring Monetary and Non- Monetary Gifts/ Regalos Monetarios				
P. Armed Forces Special Pay/ Pago especial de Fuerzas Armadas				
Q. Rental Income/ Ingresos de Alquiler				
R. Veteran's Benefits / Beneficios de Veteranos				
S. Scholarship/Grants / Becas Escolares				
T. Other Benefits/ Otros Beneficios				

Assets/Bienes

21. List all of the assets owned by members of this household, including minors. Complete all of the blanks for any questions answered with yes. *Incluya todos los bienes de propiedad de los miembros de este hogar, incluidos los menores. Complete todos los espacios en blanco para las preguntas contestadas con un sí.*

ASSETS/BIENES	YES/NO SI/NO	NAME ON ACCOUNT NOMBRE EN LA CUENTA	NAME OF BANK NOMBRE DEL BANCO	BALANCE/ BALANCE	ACCOUNT #/NO. DE CUENTA
A. Cash on Hand / Dinero en Efectivo					
B. Checking Account / Cuenta de Cheques					
C. Savings Account / Cuenta de Ahorros					
D. Money Market Account / Cuenta a Plazo					
E. Certificate of Deposit / Certificado De Deposito					
F. Real Estate / Propiedades o Casas					
G. Retirement Account/ Cuenta de Retiro					
H. IRA/401K/Keogh Acct					
I. Whole Life Insurance Policy / Seguro de Vida					
J. Debit Card / Tarjeta de Debito					
K. Savings Bonds/Treasury Bills/ Bonos de Ahorro					
L. Stocks/ Acciones o Bolsa de Valores					
M. Other Accounts / Otras Cuentas					

22. Please check all the Annual Income Allowable Deductions that you may Qualify for (qualification subject to RD program guidelines)/Favor de Marcar las deducciones permisibles de ingreso anual que usted cree que pueda recibir (calificacion sujeta a las reglas del program RD).

Allowable Deductions for Annual Income /Deducciones permisibles del Ingreso Anual	Yes/No Si/No
Dependent Deduction/Deducción de dependientes	
Child Care Expenses/Gastos de cuidado de niños	
Elderly Household/ Hogar de edad avanzada	
Disability Assistance/ Assitencia por discapacidad	
Medical Expenses/Gastos Medicos	

23. Are any of the following paid by a non-household member? *¿Alguno de los siguientes es pagado por una persona que no vive en el hogar?*

- a) **Rent/Renta** **Yes** / Si No **If yes, please name provider/Nombre del proveedor(es)** _____
- b) **Utilities/Utilidades** **Yes** / Si No **If yes, please name provider/ Nombre del proveedor(es)** _____
- c) **Clothing/Ropa** **Yes** / Si No **If yes, please name provider/Nombre del proveedor(es)** _____

Personal References/referencias personales: **Please provide two personal references not related to the applicant.** Favor de proveer dos referencias personales no relacionadas con el solicitante.

Name/Nombre	Phone number/Address Telefono/Domicilio	Relationship Relación

Additional information you would like to provide/información adicional que guste proveer:

APPLICANT ACKNOWLEDGEMENT/RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE

I/we, the undersigned, hereby certify that to the best of my/our knowledge the information set in this application is true, accurate, and complete, and I/we hereby authorize verification of same by the Project Owner and/or Agent.

Yo / Nosotros, el abajo firmante, certifico que según mi / nuestro conocimiento la información que figura en esta aplicación es verdadera, exacta y completa, y yo / nosotros por la presente autorizo la verificación de los mismos por el dueño del proyecto y / o el Agente.

Head of Household (Print Name) Date

Co-Head of Spouse (Print Name) Date

Adult Member (Print Name) Date

Adult Member (Print Name) Date

Adult Member (Print Name) Date



Special Requirements Questionnaire

Reasonable Accommodation

This questionnaire is to be distributed to every applicant for this apartment community and to current residents at their request. It is used to determine if any member of your household needs a reasonable accommodation which must be requested in writing.

Applicant/Resident Name: _____ SSN: _____

I choose not to complete this form

There are no disabilities in the family (Not required to fill out the rest of this form)

Applicant/Resident Signature: _____ Date: _____

1. a. Do you or any member of your family have a condition that requires?

One Level Apartment

Bedroom/Bath on the First Floor

A Service/Assistive Animal

Physical Modification an existing unit

A Full Time Live –in Attendant/Aide

A separate bedroom to Accommodate

Medical Apparatus/Equipment

Apartment for Vision-Impaired

Apartment for Hearing-Impaired

Apartment for Mobility-Impaired

A Wheel Accessible Apartment

b. If you checked any of the above listed categories of apartments, please explain what you need to accommodate your situation: _____

2. Please list the name(s) of the family member(s) who need the special feature(s) identified above:

3. Please provide the source (i.e., DR., medical source, etc.) who can verify your need(s) for the features you have identified above:

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

I certify that the questions I have answered above are true and completed to the best of my ability.

Applicant Signature: _____ Date: _____

**Cuestionario de Requerimientos Especiales
Modificación Razonable**

Este cuestionario debe ser distribuido a todo solicitante para este proyecto y a cada inquilino que lo solicite utiliza para determinar si algún miembro del hogar necesita acomodación razonable el cual debe ser solicita en escrito.

Nombre del Solicitante/: _____ SSN: _____

Yo elijo no completar este formulario

No hay discapacidad en la familia (No se requiere para completar el resto de este formulario)

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

1. a. Usted o algún miembro del hogar tiene una incapacidad que requiere:

Apartamento en el primer piso

Recamara separada para acomodar

Recamara/Baño en el primer piso

Aparatos Médico o Equipo

Modificación física a un apartamento común

Ayuda de tiempo complete que viva en casa

Apartamento para personas con visión deteriorada

Un Animal de Servicio/Asistencia

Apartamento para personas con oído deteriorada

Apartment for Mobility-Impaired Otro

b. Si marcó cualquiera de las categorías mencionadas anteriormente, por favor explique lo que usted necesita para acomodar su situación: _____

2. Por favor escriba el nombre (s) del miembro (s) de la familia que necesitan la función (s) especial identificado anteriormente: _____

3. Favor de proporcionar la fuente (es decir, DR, fuente médica, etc.) Que pueda verificar su necesidad (es) para las características que ha identificado anteriormente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Certifico que las preguntas que he contestado anteriormente son verdaderas y completadas a lo mejor de mi capacidad.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Race and Ethnic Data/ *Datos de Raza y Etnicidad*

The information regarding race, ethnicity, and sex designation solicited on this application is requested in order to assure the Federal Government, acting through the Rural Housing Service that the Federal laws prohibiting discrimination against tenant application on the basis of race, color, national origin, religion, sex, familial status, age, and disability are complied with. You are not required to furnish this information, but are encouraged to do so. This information will not be used in evaluating your application or to discriminate against you in any way. However, if you choose not to furnish it, the owner is required to note the race, ethnicity and sex of individual applicants on the basis of visual observation or surname. *(La información con respecto a la raza, la pertenencia étnica, y a la designación del sexo solicitada en este uso se solicita para asegurar al Gobierno Federal, actuando con el servicio rural de la cubierta con el cual las leyes federales que prohíben la discriminación contra el uso del arrendatario en base de la raza, del color, del origen nacional, del la religión, del sexo, del estado familiar, de la edad, y de la incapacidad. No se requiere proveer esta información, pero se le anima a que la provee. Esta información no será utilizada en la evaluación de su uso o discriminar contra usted de ninguna manera. Sin embargo, si usted elige no proveer la información, requieren al dueño observar la raza, la pertenencia étnica y el sexo del solicitante individuales en base a observación visual o apellido.)*

ETHNIC CATEGORIES*	Select One <i>Seleccione Uno</i>
Hispanic or Latino/ Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>
Not-Hispanic or Latino/ No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>
RACIAL CATEGORIES*	One or More <i>Uno o Mas</i>
American Indian or Alaska Native/ Americano Nativo o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
Asian/ Asiático	<input type="checkbox"/>
Black or African American/ Negro o Africano Americano	<input type="checkbox"/>
Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ Nativo Hawaiano o de otras islas del pacifico	<input type="checkbox"/>
White/ Blanco	<input type="checkbox"/>
Other/ Otro	<input type="checkbox"/>

Taken together these six categories equal 100% of the population. *(Tomándose en conjunto estas seis categorías equivalen el 100% de la población.)*

Signature/Firma: _____

Date/fecha: _____



USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, gender identity (including gender expression), sexual orientation, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.) should contact the responsible Agency or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

"USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender."

Signature/Firma: _____

Date/fecha: _____



◆.....◆

**CERTIFICATION STATEMENT AND
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION
BY ALL ADULT HOUSEHOLD MEMBERS**

For myself/ourselves, the undersigned, and for the minor children in our care, I/we certify the following:

I/We have read and understand the Instructions for Head of Household in the Application for Housing. All information we have given in this application is true, complete and accurate.

I/We understand that if the information provided on this application is deemed incomplete, Rancho Verde Ventura L.P. may not accept it.

I/We CERTIFY that the information provided on this application is true and accurate to the best of my/our knowledge. I/We further understand that providing false or incomplete representations on this application constitutes an act of fraud. False, misleading or incomplete information will result in the denial of this application for housing.

I/We authorize, direct and give consent to Rancho Verde Ventura L.P. to make any and all inquiries to verify the information in this application. We understand that pursuant to this Statement and Authorization, Rancho Verde Ventura L.P. may request information which includes, but is not limited to, my sources of personal and business income and Social Security numbers. Further, I/we understand that such information regarding other household members included on this application may be requested. I/We understand that this Statement and Authorization cannot be used to obtain information not relevant to this application.

I/We authorize, direct and consent to the release of any information known by any federal, state or local agency, organization, business, or individual to Rancho Verde Ventura L.P. which is necessary to complete and verify this application for occupancy. I/We understand that information obtained pursuant to this authorization may be used by Rancho Verde Ventura L.P. in administering and enforcing its rules and policies. I/We understand that this release of information will be used to obtain information from National Credit Reporting, a Criminal Background Check and to gain confirmation or denial of any Household Members being listed on the Sex Offender Registry per the Penal Code Section 290.4.

The sources that may be asked to release information may include but are not limited to our present employers, present and former landlords, sources of credit information which produce "consumer reports" as defined in the Fair Credit Reporting Act, 15 U.S. Code § 1681a(d), state and federal offices which administer programs such as welfare, unemployment, Social Security, and assistance to veterans, schools, and personal references.

I/We agree that a photocopy of this authorization may be used for the purposes stated herein. The original of this Statement and Authorization will be included in my file at Rancho Verde Ventura L.P. and will have full effect for a year and one month from the date below. I/We understand I/we have the right to review our file and correct any information which we can show as incorrect.

I/We agree to notify Rancho Verde Ventura L.P. in writing regarding any changes in our current household information which would make incorrect any of the information given in this application including, but not limited to our address, telephone numbers, income sources and amounts, and household composition.

Names and Signatures of All Adult Household Members 18 years or Older:

Printed Name: _____	Signature: _____	Date: _____
Printed Name: _____	Signature: _____	Date: _____
Printed Name: _____	Signature: _____	Date: _____
Printed Name: _____	Signature: _____	Date: _____
Printed Name: _____	Signature: _____	Date: _____

