

529 W 29 ST 有限责任公司

529 W 29th ST 有限责任公司

电话：（212） 401-7693 传真：（212） 401-7694 TTY： 1-800-852-7897

注意：

尊敬的申请人，

请在填写申请前阅读以下信息：

- 申请表上的信息需由户主填写。
- 你必须完成所有申请环节。如果有不适用的内容（例如你没有银行账户或工作收入），你必须填写“NA”或“无”，请不要在申请表上留空。
- 误导性或故意的虚假陈述、虚假陈述或信息不完整将成为拒绝本申请的理由。
- 每个家庭只需提交一份申请
- 提交申请绝不能保证你能租到公寓
- 如果申请时未收到所有页数，且申请未完整填写，你的申请马尔不会被接受。
- 申请可亲自提交，由网站管理办公室提交，邮寄至网站管理办公室，电子方式，或根据网站再营销计划的具体要求提交，这些要求将在宣传中明确说明。

请注意，后页有两个需要签名的地方。您必须在两条线路上签字，否则申请将不被接受

如有任何疑问，请致电办公室212-401-7693

529 W 29th St LLC 是一家平等住房机会提供者，在其联邦资助项目和活动的入院、准入、治疗或就业中，不因残疾而歧视。一名高级管理人员被指定协调遵守住房与城市发展部实施第504条（24 CFR，第8部分，日期为1988年6月2日）中的反歧视要求。您可以将复审或重新考虑的请求寄至：公平住房官，RA Management LLC，30 Hudson Yards， 72nd Floor， NY 10001， 电话（212） 801-1000， NY TTY 1-800-662-1220

平等住房机会



入住申请

仅限相关管理公司办公室使用：

收到日期：____ 申请#：____

529 W 29th St 有限责任公司

529 W 29th St 有限责任公司

纽约，纽约州 10001

电话 (212) 401-7693 传真 (212)

401-7694

TDD : (800) 852-7897

529 W 29th St LLC 是一个无烟社区

该申请需由户主填写。所有问题必须用单色墨水回答。如果有任何问题留空和/或使用涂改，申请表将被退回。如果问题不适用，请写“N/A”。户主及所有成年家庭成员必须在最后一页签名并注明日期。

户主全名：		
街道地址/公寓号：	城市、州：	邮政编码：
家庭电话： () -	备用电话：() -	电子邮件地址：
请查看您希望被考虑的尺寸： 一 居室 ☐ 两居室 ☐ 其他（具体说明）：		您是否因以下残疾请求为家庭成员提供特殊便利的单元？ ☐ 机动性 ☐ 视觉 ☐ 听觉
如果您因以下州宣布的灾害之一被迫迁移，请勾选“是”：a) 城市更新区；b) 灾难，如火灾或洪水；c) 政府或国家行动；或d) 总统宣布的灾难： 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐		

住房状况

请填写每个类别，或写“N/A”。

现任房东姓名/地址：		房东电话：() -
现任管理代理姓名/地址：		管理代理电话：() -
检查您当前居住的大小： ☐ 工作室 ☐ 三卧室 ☐ 一居室 ☐ 四居室 ☐ 两居室 ☐ 其他（具体说明）：	你在这个地址住了多久？ ____ 岁月 ____ 月份	租约是你的名字吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐
你们是合租公寓吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐	你公寓的月租金总额： \$	你分得的月租： \$
你现在的租金包括水电费吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐	平均每月水电费： \$	你的房东是亲戚吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐
你自己付房租吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐	如果没有，那是谁？ 想搬家的原因：	
你目前有便携式第8章代金券吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐	你现在的租金是通过第8节补贴吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐	
你现在没有固定的夜间住所吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐	你是因为暴力或不安全的环境而搬家吗？ 是 ☐ 是 ☐ 是 ☐ 不 ☐	
前房东姓名/地址：		前房东电话：() -
前任管理代理姓名/地址：		前任管理代理电话：() -

之前的月租： \$	搬家原因：
请列出 您和所有家庭成员曾 居住过的所有州：	
如果您或您的家庭成员在 2010年1月31日 时年满 62岁 及以上且没有社会安全号码，请说明您是否在 2010年1月31日 其他地点领取住房与城市发展部（HUD）的租金援助：	

家庭信息

列出所有将入住该公寓的人，包括您本人以及预计将加入家庭的人员（例如未出生的孩子/准家庭成员的孩子、待收养的孩子、住家助理等）。家庭成员全名：

家庭成员全名：	与家庭：	性别：（男性，女性，或拒绝回答）	出生日期：	社会安全号码的后四位：
1.	户主			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

请列出所有曾服役于美国军队的家庭成员：

就业收入

列出所有家庭成员当前的全职和/或兼职就业收入。（包括自雇总收入和净应税收入。）如果您目前没有从就业中获得收入，请填写“N/A”。非就业收入来源请见下一页。

家庭成员全名：	职业：	雇主名称/地址/电话：	开始日期：	总收入（扣除和税前）：
1		_____ _____ () -		\$ _____ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
2.		_____ _____ () -		\$ _____ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
3.		_____ _____ () -		\$ _____ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
4.		_____ _____ () -		\$ _____ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
5.		_____ _____ () -		\$ _____ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
6.		_____ _____ () -		\$ _____ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
7.		_____ _____ () -		\$ _____ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年

其他来源的收入

列出所有此前未报告的收入来源，包括但不限于：社会保障、社会保障收入（S.S.I.）、AFDC/TANF、养老金、残疾补偿、武装部队常规及特殊薪酬、失业补偿、赡养费、子女抚养费、年金、股息、出租物业收入、定期性货币缴款等。如果您没有任何额外收入来源，请填写“N/A”。

家庭成员全名：	收入类型：	收入金额：
1.		\$ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
2.		\$ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
3.		\$ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
4.		\$ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
5.		\$ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
6.		\$ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年
7.		\$ ☐ 每周刊 ☐ 月刊 ☐ 每年

资产

请填写每个类别，或写“N/A”。

支票账户	账户号码后四位：	截至最后结账日期的当前余额： \$ 截至 / /
银行名称/地址		
附加支票账户	账户号码后四位：	截至最后结账日期的当前余额 \$ 截至 / /
银行名称/地址		
储蓄账户	账户号码后四位：	截至最后结账日期的当前余额 \$ 截至 / /
银行名称/地址		
货币市场账户	账户号码后四位：	截至最后结账日期的当前余额 \$ 截至 / /
银行名称/地址		
存款凭证账户	账户号码后四位：	截至最后结账日期的当前余额 \$ 截至 / /
银行名称/地址		
401K/其他退休账户	账户号码后四位：	截至最后结账日期的当前余额 \$ 截至 / /
银行名称/地址		
你是否通过预付债务卡（例如Direct Express、EBT等）获得收入？ ●● 是 ●● ●● 不		截至最后结账日期的当前余额 \$ 截至 / /
你持有股票或债券吗？ 是 是 是 不	如果是，目前的价值是多少？ \$	
你拥有储蓄债券吗？ 是 是 是 不	如果是，目前的价值是多少？ \$	
你有房地产吗？ 是 是 是 不	如果是，目前的价值是多少？ \$	
你曾经拥有过任何房地产吗？ 是 是 是 不	如果是，什么时候？ _____ 它是什么时候卖掉的？ _____ 多少钱？ \$	
有没有任何成年家庭成员出售、赠送或以其他方式出售 在过去两年内以低于公允价值处置过任何资产？ 是 是 是 不		如果是，请列出每项资产及其获得的金额：： 资产类型 _____ 金额 \$ _____ 资产类型 _____ 金额 \$ _____ 资产类型 _____ 金额 \$ _____

学生身份

请列出目前正在参加教育项目的所有家庭成员，或写“N/A”。

学生全名:	学校名称/地址/电话:	招生情况:
1.	_____ _____ () -	☐ 全职 ☐ 兼职
2.	_____ _____ () -	☐ 全职 ☐ 兼职
3.	_____ _____ () -	☐ 全职 ☐ 兼职
4.	_____ _____ () -	☐ 全职 ☐ 兼职
5.	_____ _____ () -	☐ 全职 ☐ 兼职
6.	_____ _____ () -	☐ 全职 ☐ 兼职
7.	_____ _____ () -	☐ 全职 ☐ 兼职

儿童照护与医疗费用

请根据情况填写每个问题，或写“N/A”。

您是否为任何13岁以下的家庭成员支付托儿费用？ ☐ 是的 ☐ 不 需要托儿的儿童姓名：	如果是，请告知托儿服务提供者的姓名/地址/电话： _____ _____ () -		每月托儿费用估算： \$
如果你62岁及以上或有残疾，你预计未来12个月内会有任何医疗和/或健康相关费用，而这些费用不会被任何医疗计划或保险报销吗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不 ☐ 不	如果需要，请注明预计的年度支出金额： \$	每月医疗保险保费金额： \$	其他医疗保险月度费用： \$

项目信息

请填写每个类别，或写“N/A”。

你是否居住在一个租金根据收入计算的开发区？ ☐ 是的 ☐ 不	如果是的话，请解释一下：	
你是怎么知道我们开发的？	你为什么申请我们的开发项目？	
你或你家里的任何成员有没有被驱逐过？ ☐ 是的 ☐ 不	如果是，什么时候？	
如果是，联邦援助住房的驱逐是否涉及毒品相关犯罪？ ☐ 是的 ☐ 不		
简要说明情况：		
你家里有人有酒精滥用模式，可能影响他人的健康、安全和平享受权吗？ ☐ 是的 ☐ 不		
简要说明情况：		
你家庭中的任何成员是否需要遵守州级的性犯罪者终身登记要求？ ☐ 是的 ☐ 不		

你在联邦、州和地方法律下，关于你的消费者报告拥有某些权利。在评估您的申请时，以下列出的消费者报告机构可能会向我们提供相关信息。

信用机构：

- Experian (TRW)，收件人：NCAC，邮政信箱2002，Allen, TX 75013 (888) 397-3742
- TransUnion，消费者信息披露中心，2 Baldwin Place，P.O. Box 1000，Chester, PA 19022 (800) 888-4213
- Equifax (CBI)，邮政信箱740241，亚特兰大，佐治亚州30374 (800) 685-1111

民事记录：

- First American Registry, Inc.，收件人：消费者关系部，11140 Rockville Pike, PMB 1200, Rockville, MD 20852 (888) 333-2413

此外，您有权（1）通过联系上述消费者报告机构，查看并免费获得一份报告；（2）每年从各国消费者报告机构免费获取报告副本，和/或从 www.annualcreditreport.com 获取报告；以及（3）向消费者报告机构提出异议。

签署即表示授权我们联系所有列出的推荐人，并获取消费者报告，这些报告可能包括信用、租金支付历史以及您及场所内任何住户的犯罪背景信息，以核实上述信息。

户主签名

日期

警告：对本申请进行误导性、故意虚假陈述或虚假陈述将成为拒绝本申请的理由。未完成的申请将退回申请人，以便完成一次完整申请。

我声明，本申请表中的陈述均为真实且完整，尽我所知。

户主签名

日期

18岁以上申请人签名

日期

18岁以上申请人签名

日期

人口统计数据

以下信息仅用于统计目的的项目利用情况。这些信息不会影响本申请的处理。

性别: ☐ 男声 ☐ 女 声 拒绝回答	族群: ☐ 西班牙裔还是拉丁裔? (非西班牙裔或拉丁裔) 拒绝回答
比赛: ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 亚洲人 ☐ 白人 黑人或非裔美国 人 ☐ 拒绝回答	

注意

请不要在每个家庭提交超过一份申请或申请副本。

入住资格标准包括根据纽约市公平机会住房法审查和考虑犯罪记录。申请人可以提供证据，证明犯罪记录中的不准确性，或康复证据或其他减轻因素。

提交此申请绝不能保证你能租到公寓。

未经主人事先书面批准并签署协议，绝对不允许携带宠物、大型电器或水床。

我们不为您的个人财产投保;我们鼓励您为您的个人物品购买租客保险。

529 W 29th St LLC 是一家平等住房机会提供者，在其联邦资助项目和活动的入院、准入、治疗或就业中，不因残疾而歧视。一名高级管理人员被指定协调遵守住房与城市发展部实施第504条（24 CFR，第8部分，日期为1988年6月2日）中的反歧视要求。您可以将复审或重新考虑的请求寄至：公平住房官，RA Management LLC，30 Hudson Yards，72nd Floor，NY 10001，电话（212）801-1000，NY TTY 1-800-662-1220

申请修订日期：2026年5月6日

