



Thank you for your interest in residing at Village at Park River.
1-, 2-, 3-Bedroom Apartment Homes

PRE-APPLICATION INSTRUCTIONS:

- 1-, 2- & 3-bedroom market rate (not income-restricted) apartments are currently available for immediate occupancy. Please see current rents below.
- We are still accepting applications for our affordable waitlist.
- Pre-application **MUST** be filled out in its entirety to be eligible for housing (one pre-application per household).
- All Pre-applications **MUST** be submitted via US Mail to:
Village at Park River, 275 Plainfield Street, Hartford, CT 06112
- If an apartment becomes available, you will be asked to pay \$25 per adult household member to complete the third-party credit and background screening.
- Current Rents: *(Effective 1/21 subject to change)*

Unit Size	Household Size	Qualifying Household Income Range	% AMI	Monthly Rent
1 Bedroom	1-2 people	Minimum \$45,000	Market	\$1,250
2 Bedroom	1-4 people	Minimum \$54,000	Market	\$1,500
3 Bedroom	1-6 people	Minimum \$64,800	Market	\$1,800

CONTACT:

275 Plainfield Street, Hartford, CT 06112
VillageAtParkRiver.com | ParkRiver@Pennrose.com
T: 959.201.1270 | TDD: 800.545.1833 x647



Village at Park River

Address: 275 Plainfield Street
 Hartford, CT 06112
 Phone: 959.201.1270
 Fax: 860.955.1579
 Email: ParkRiver@pennrose.com
 TTY: 800.545.1833 x647

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

**All Pre-Applications Must be Sent via U.S. Mail and Addressed to:
 Village at Park River, 275 Plainfield Street, Hartford, CT 06112**

HEAD OF HOUSEHOLD

M	F
---	---

NAME: _____ SSN: _____
 (First) (Middle Initial) (Last)

CURRENT ADDRESS: _____ HOME #: _____
 (House #) (Street Name) (Apt. #)

(City) (State) (Zip Code) WORK #: _____

EMAIL: _____ D.O.B: _____

How did you hear about us? _____ DRIVER LICENSE STATE: _____
 DRIVER LICENSE NUMBER: _____

HOUSEHOLD MEMBERS

Name	DOB	M/F	Relationship	Soc. Sec. Number	DL State & Number

ANNUAL HOUSEHOLD INCOME

Gross Employment/Wages	\$
Social Security Income	\$
Social Security Disability Income	\$
Public Assistance (Welfare/TANF)	\$
Child Support	\$
Pension	\$
Other Income (Please Specify):	\$



Preferences for Determining Waiting List Position (if applicable)

Do you or any member of your household have a DISABILITY?		Y	N
Are you currently employed?		Y	N
Are you a student or recent graduate of an educational or training program?		Y	N
Do you have a portable section 8 voucher (HCVP)?		Y	N
If yes above, through what agency?			
Are you a returning resident of Westbrook Village?		Y	N
If yes above, are you in good standing with HACH?		Y	N
Do you require a unit with special features? (e.g. unit for mobility impaired, visually impaired, hearing impaired, walk-in shower, grab bars, no steps, etc.)		Y	N
If yes above, please circle features required:			
Unit for mobility impaired	Unit for visually impaired	Unit for hearing impaired	
Grab bars	No steps	Other:	
Describe:			

Additional Questions

Do you have any pets that will be residing with you? <i>Pet policy: 2 pet maximum, 35 lb. limit each. Breed restrictions apply. Additional security deposit required.</i>		Y	N
If yes to above, how many?			
How many bedrooms are you interested in?	1 st Preference:	2 nd Preference:	

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

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

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

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

Applicant Signature: _____ Date: _____

Applicant Signature: _____ Date: _____

Applicant Signature: _____ Date: _____

Types of Program Assistance (For Office Use ONLY)

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

Tax Credit 50% 60%

PBV 25% Market

Jan 2021





Dirección: 275 Plainfield Street
 Hartford, CT 06112
 Teléfono: 959.201.1270
 Fax: 860.955.1579
 Correo electrónico: ParkRiver@pennrose.com
 TTY: 800.545.1833 x647

Para ser completado por el personal de la oficina:
 Número de solicitud _____
 Fecha de recepción de solicitud _____
 Hora de recepción de solicitud _____
 Iniciales del miembro del personal _____

**Todas las solicitudes previas deben enviarse por el correo postal de los EE. UU. a:
 Village at Park River, 275 Plainfield Street, Hartford, CT 06112**

JEFE DE FAMILIA

M	F
---	---

NOMBRE: _____ NRO. DE SEGURO SOCIAL: _____

(Nombre de pila) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

DIRECCIÓN ACTUAL: _____ NRO. DE CASA: _____

(Nro. de casa) (Calle) (Nro. de apartamento)

NRO. DE CELULAR: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal) TRABAJO NRO.: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Cómo supo de nosotros? _____ ESTADO QUE EMITIÓ LA LICENCIA DE CONDUCIR: _____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	Fecha de nacim.	M/F	Relación	Número de seg. soc.	Estado y número de LC

INGRESO ANUAL DEL HOGAR

Remuneración/salario bruto	\$
Ingresos del seguro social	\$
Ingresos del seguro social por discapacidad	\$
Asistencia pública (previsión/TANF)	\$
Manutención de hijos	\$
Pensión	\$
Otros ingresos (especifique):	\$



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

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una DISCAPACIDAD?		Y	N
¿Tiene trabajo actualmente?		Y	N
¿Es usted estudiante o recién graduado de un programa educativo o de capacitación?		Y	N
¿Tiene un voucher portátil conforme a la sección 8 (HCVP)?		Y	N
Si es así, ¿a través de qué agencia?			
¿Es usted un residente que regresa de Westbrook Village?		Y	N
Si es así, ¿cumple regularmente sus obligaciones ante HACH?		Y	N
¿Necesita una unidad con características especiales? (p. ej.: una unidad para personas con movilidad reducida, problemas de la vista, problemas de audición, plato de ducha, barras de apoyo, sin escalones, etc.)		Y	N
Si marcó sí, encierre en un círculo las características requeridas:			
Unidad para personas con movilidad reducida	Unidad para personas con problemas de la vista	Unidad para personas con problemas de audición	
Barras de apoyo	Sin escalones	Otro:	
Describa:			

Preguntas adicionales

¿Tiene alguna mascota que vaya a vivir con usted? <i>Política sobre mascotas: 2 mascotas como máximo, límite de 35 libras (15 kilos) cada una. Se aplican restricciones en materia de razas. Se requiere un depósito de garantía adicional.</i>	Y	N
Si respondió que sí, ¿cuántas?		
¿En cuántos dormitorios está interesado?	1.º preferencia: 2.º preferencia:	

Por la presente certifico que lo anterior es verdadero, correcto y completo a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación será motivo de expulsión del programa y/o enjuiciamiento conforme al Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para una verificación de antecedentes penales y de crédito, que es parte del proceso de solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Tipos de asistencia del programa (SÓLO para uso de la oficina) **Importante: Debe notificarnos de inmediato si modifica la información de esta solicitud

Crédito fiscal 50 % 60 %

PBV 25 % Mercado

Enero de 2021

