



**CITY OF PASSAIC**  
**DIVISION OF HOUSING**  
 330 Passaic Street, Passaic, New Jersey 07055  
 Phone: 973-365-5615 | Fax: 973-365-5567  
 Email: housing@cityofpassaicnj.gov

**\*\*APPLICATION PROCESSING FEE - \$25.00\*\***

*\*Mailing in an application with payment is acceptable.  
 \*For a copy of the tenant registration after processing, please provide a self-addressed stamped envelope.*

**LANDLORD-TENANT REGISTRATION FORM**

(Chapter 185-3, Passaic City Code)

**OWNERS:** There **MUST** be a copy of your **Occupancy Certificate** on file with this department. If not, you will have **30 days from submission of this form** to apply for a certificate (Pursuant to Ordinance No. 1619-04) Chapter 100, Passaic City Code

PROPERTY ADDRESS: \_\_\_\_\_

BLOCK/ LOT: \_\_\_\_\_ APARTMENT #: \_\_\_\_\_ FULL MONTHLY RENT AMOUNT: \_\_\_\_\_

NAME OF OWNER: \_\_\_\_\_

**\*IF LLC OWNER, PLEASE PROVIDE LLC REPRESENTATIVE NAME AND CONTACT INFORMATION\***

OWNER MAILING ADDRESS: \_\_\_\_\_

PHONE: \_\_\_\_\_ EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

**TENANT AND APARTMENT INFORMATION**

**NAMES AND AGES OF ALL TENANTS (INCLUDING CHILDREN) – PHONE:** \_\_\_\_\_

1 _____	4 _____
2 _____	5 _____
3 _____	6 _____

**BEDROOM MEASUREMENTS ONLY (EX: SQ FT x SQ FT):**  
**TOTAL NUMBER OF BEDROOMS:** \_\_\_\_\_

BEDROOM 1: \_\_\_\_\_ BEDROOM 2: \_\_\_\_\_ BEDROOM 3: \_\_\_\_\_ BEDROOM 4: \_\_\_\_\_

**I HEREBY CERTIFY THAT ALL OF THE INFORMATION PROVIDED BY ME IN THIS CERTIFICATION OR ANY OTHER ACCOMPANYING OR REQUIRED DOCUMENTS IS CORRECT, ACCURATE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, I UNDERSTAND THAT THE FALSIFICATION, MISREPRESENTATION OR OMISSION OF ANY FACTS IN SAID DOCUMENTS WILL BE CAUSE FOR LEGAL ACTION. I FURTHER CERTIFY THAT I AM THE BUILDING OWNER, THEIR DESIGNATED AGENT OR A LICENSED PROFESSIONAL AND I HAVE THE AUTHORITY TO COMPLETE THIS FORM, I CERTIFY THAT ANY PRE-POPULATED CELLS OF THIS FORM FROM PREVIOUS SUBMISSIONS ACCURATELY REPRESENT THE CURRENT STATUS OF THE TENANCY.**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF TENANT RESPONSIBLE FOR APT/ DATE**

\_\_\_\_\_  
**OWNER OR AGENT'S SIGNATURE/ DATE**

OFFICE USE ONLY: CHECK# \_\_\_\_\_ CASH ( ) DATE RECEIVED \_\_\_\_\_ ( ) MAILED



**CITY OF PASSAIC  
DIVISION OF HOUSING**

330 Passaic Street, Passaic, New Jersey 07055  
Phone: 973-365-5615 | Fax: 973-365-5567  
Email: housing@cityofpassaicnj.gov

**\*\*COSTO DE APLICACIÓN: \$25.00\*\***

*\*Se acepta enviar una solicitud por correo con pago.  
\*Para obtener una copia del registro de inquilino  
después del procesamiento, proporcione un sobre  
estampado con su dirección.*

**REGISTRACION DE INQUILINO**

(Capítulo 185-3, Código de la ciudad de Passaic)

**PROPIETARIOS:** DEBE haber una copia de su **Certificado de Ocupación** archivado en este departamento. De lo contrario, tendrá 30 días a partir de la presentación de este formulario para solicitar un certificado (de conformidad con la Ordenanza No. 1619-04) Capítulo 100, Código de la ciudad de Passaic.

DIRECCION DE PROPIEDAD: \_\_\_\_\_

BLOCK/ LOT: \_\_\_\_\_ # DE APARTAMENTO: \_\_\_\_\_ CANTIDAD COMPLETA DE RENTA MENSUAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

**\*SI EL PROPIETARIO ES UN LLC, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LLC Y LA INFORMACIÓN DE CONTACTO\***

DIRECCION POSTAL DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

# DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL INQUILINO Y APARTAMENTO**

**NOMBRE Y EDAD DE INQUILINOS (INCLUYENDO NIÑOS - # DE TELEFONO** \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

**MEDIDAS DE DORMITORIOS (EX: SQ FT x SQ FT):**

**NÚMERO TOTAL DE DORMITORIOS:** \_\_\_\_\_

DORMITORIO 1: \_\_\_\_\_ DORMITORIO 2: \_\_\_\_\_ DORMITORIO 3: \_\_\_\_\_ DORMITORIO 4: \_\_\_\_\_

**POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR MÍ EN ESTA CERTIFICACIÓN Ó CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE LA ACOMPAÑE Ó SEA REQUERIDO ES CORRECTA, PRECISA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTIENDO QUE LA FALSIFICACIÓN, LA FALSEDAD U OMISIÓN DE CUALQUIER HECHO EN DICHS DOCUMENTOS SERÁ CAUSA DE ACCIONES LEGALES. ADEMÁS CERTIFICO QUE SOY EL PROPIETARIO DEL EDIFICIO, SU AGENTE DESIGNADO O UN PROFESIONAL CON LICENCIA Y QUE TENGO LA AUTORIDAD PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO. CERTIFICO QUE CUALQUIER CELDA PRELIMINAR DE ESTE FORMULARIO DE ENVÍOS ANTERIORES REPRESENTA CON PRECISIÓN EL ESTADO ACTUAL DEL ALQUILER.**

**FIRMA DE INQUILINO RESPONSABLE POR APT/ FECHA**

**FIRMA DEL PROPIETARIO/ FECHA**

OFFICE USE ONLY: CHECK# \_\_\_\_\_ CASH ( ) DATE RECEIVED \_\_\_\_\_ ( ) MAILED