



**CITY OF PASSAIC
CODE ENFORCEMENT: DIVISION OF
HOUSING**

**330 Passaic St – Rm 205 • Passaic NJ 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.

LANDLORD-TENANT REGISTRATION FORM

(Chapter 185-3, Passaic City Code)

OWNERS: There must be a copy of your Occupancy Certificate included with this submission. If you do not have a copy, you may submit an OPRA request at the Clerk's Office to obtain one. If no copy is found, you will have 30 days from the submission of this form to apply for a new certificate, pursuant to Ordinance No. 1619-04, Chapter 100 of the Passaic City Code.

****All landlords and tenants of multiple dwellings in the City of Passaic must file a registration form with the Division of Housing. Failure to do so may result in penalties provided in Ch. 1, General Provisions, Art. II, General Penalty, including fines up to \$2,000, imprisonment up to 90 days, or community service up to 90 days.****

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 (FT x 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
CODE ENFORCEMENT: DIVISION OF
HOUSING

330 Passaic St – Rm 205 • Passaic NJ 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.

REGISTRACION DE INQUILINO

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

PROPIETARIOS: Debe incluir una copia de su Certificado de Ocupación con esta solicitud. Si no tiene una copia, puede presentar una solicitud (OPRA) ante la Oficina del Secretario (City Clerk) para obtener una. Si no encuentra una copia, tendrá 30 días a partir de la fecha de presentación de este formulario para solicitar un nuevo certificado, conforme con la Ordenanza n.º 1619-04, Capítulo 100 del Código de la Ciudad de Passaic.

****Todos los propietarios e inquilinos de viviendas multifamiliares en la Ciudad de Passaic deben presentar un formulario de registro ante la División de Housing. El incumplimiento de este requisito puede resultar en sanciones establecidas en el Capítulo 1, Disposiciones Generales, Artículo II, Sanciones Generales, incluyendo multas de hasta \$2,000, encarcelamiento de hasta 90 días o servicio comunitario de hasta 90 días****

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 (FT x 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 FALSEDADE 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