

Solicitud – Servicios de Vivienda de Caridades Católicas

Me interesa:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casas Nueva Vida y Ayuda Mutua Individual | <input type="checkbox"/> Casas Nueva Vida Ayuda Mutua en Grupo |
| <input type="checkbox"/> Asesoría en Finanzas | <input type="checkbox"/> Asesoría en Crédito |

¿Cuál es la hora más conveniente para citas de asesoría individual? _____ Por la mañana _____ Por la Tarde _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Por favor Escriba Claramente

Nombre: _____

Primer nombre
Segundo Nombre
Apellido(s)

Domicilio
Ciudad
Estado
Código Postal

Residencia en Área Rural:

¿La familia vive en área rural? Si No Prefiero no responder

Número de Celular: (____) _____-_____ Trabajo: (____) _____-_____

Correo Electrónico: _____

_____-_____-_____
 Número De Seguro Social

_____/_____/_____
 Fecha de Nacimiento

Competente en el idioma inglés (elegir una opción):

Este hogar tiene limitaciones en el Ingles Este hogar ES EFICIENTE en el Ingles Prefiero no responder

Origen Étnico: (por favor circule "si" o "no" si es de Origen Hispano. Después seleccione en cual categoría de "raza" a la que pertenece de la lista de abajo. **Hispano:** Sí No

Raza:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo y Otras Islas Pacificas |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro o Áfrico-Americano | <input type="checkbox"/> Información no proporcionada |

Multi-Racial:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska y blanco | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Áfrico-Americano |
| <input type="checkbox"/> Asiático y blanco | <input type="checkbox"/> De otra raza múltiple |
| <input type="checkbox"/> Negro o Áfrico-Americano y blanco | <input type="checkbox"/> Eligió no responder |

Estado Civil (seleccione uno): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Género (seleccione uno): Masculino Femenino **¿Discapitado(a)?** Sí No

Educación (seleccione una):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria no terminada | <input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Secundaria | <input type="checkbox"/> Diploma Universitario |
| | <input type="checkbox"/> Colegió de dos años | <input type="checkbox"/> Maestría |
| | | <input type="checkbox"/> Más que una Maestría |

Vivienda Actual (seleccione uno):

1. Rentando 2. Vive con parientes y sin pagar renta 3. Vive con parientes y paga \$ _____/por mes

Nombre del Arrendador: _____ Teléfono _____

Domicilio: _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio? _____ Alquiler mensual: \$ _____

Nombre, domicilio y teléfono del arrendador anterior si ha vivido menos de 2 años en la vivienda actual: _____

Solicitud – Servicios de Vivienda de Caridades Católicas

Segundo Empleo: _____

Titulo	Fecha de Contratación		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono: (_____) _____ – _____ Medio-Tiempo o Tiempo-Completo Cuantas Horas a la Semana: _____			
Ingresos brutos (antes de impuestos): \$ _____ Esta Cantidad es Pagada Por: Hora Semana 2XSemana			
2XMes 1XMes			
¿Trabajador agrícola? Sí No			

Historial de Empleo del Co-Solicitante (en los últimos 2 Años)

Empleo Actual: _____

Título	Fecha de Contratación		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono: (_____) _____ – _____ Medio-Tiempo o Tiempo-Completo Cuantas Horas a la Semana: _____			
Ingresos brutos (antes de impuestos): \$ _____ Esta Cantidad es Pagada Por: Hora Semana 2XSemana			
2XMes 1XMes			
¿Trabajador agrícola? Sí No			

Empleo Anterior: _____

Titulo	Fecha de Contratación		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono: (_____) _____ – _____ Medio-Tiempo o Tiempo-Completo Cuantas Horas a la Semana: _____			
Ingresos brutos (antes de impuestos): \$ _____ Esta Cantidad es Pagada Por: Hora Semana 2XSemana			
2XMes 1XMes			
¿Trabajador Agrícola? Sí No			

INGRESOS

Tipo de Ingreso	SOLICITANTE PRINCIPAL (CANTIDAD MENSUAL)	CO-SOLICITANTE (CANTIDAD MENSUAL)
Salario	\$	\$
Pensión alimenticia/ Manutención de Menores	\$	\$
Ingreso por alquiler	\$	\$
Beneficios del Seguro Social	\$	\$
Ingresos de Pensión	\$	\$
Asistencia Pública/ Asistencia de Comida	\$	\$
Ingresos de por negocio propio	\$	\$
Ingreso de algún dependiente del Seguro Social	\$	\$
Ingresos por discapacidad	\$	\$
Otro:	\$	\$

Ingreso TOTAL anual en el hogar: \$ _____

Solicitud – Servicios de Vivienda de Caridades Católicas

SOLICITANTE PRINCIPAL

CO-SOLICITANTE

¿Puede documentar el ingreso de manutención de niños / pensión alimenticia? Si No Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo continuará? _____

Si un miembro del hogar recibe ingresos del Seguro Social, ¿cuántos años más continuará? _____

Si recibe ingresos por discapacidad, ¿se debe a una discapacidad permanente? Si No Sí No

En lo que se refiere al empleo:

¿Ha trabajado en este mismo tipo/línea de empleo en los últimos dos años? Si No Sí No

OBLIGACIONES/DEUDAS

Por favor anote todas las deudas que tenga, incluyendo tarjetas de crédito, préstamos de automóviles, préstamos estudiantiles, y gastos de manutención de menores. **NO incluya el alquiler o servicios públicos en esta lista.**

Nombre de compañía	Cantidad Mensual	Saldo/Balance	¿A quién pertenece esta deuda?
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

Utilice hojas o haga una lista adicional si es necesario.

¿Paga cuidado de niños/guardería? Sí No

Nombre de la guardería o niñera: _____

¿Está usted pagando manutención de niños? _____ ¿Cuánto? \$ _____

	Solicitante Principal	Co-Solicitante
¿Está usted actualmente declarado en quiebra? Capítulo 7 o 13?	Si No	Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó? _____	¿Cuánto es el pago mensual? \$ _____	
¿Cuándo terminara de pagar? _____	Si ya termino de pagar, ¿cuándo fue el último pago? _____	

ARTICULOS DE VALOR/AHORROS/INVERSIONES

Por favor escriba el valor aproximado de lo siguiente:

	SOLICITANTE PRINCIPAL	CO-SOLICITANTE
Cuenta de Cheques	\$	\$
Cuenta de Ahorros	\$	\$
Efectivo	\$	\$
CD's (Cuenta de ahorro a plazo)	\$	\$
Cosas de valor (acciones, bonos, etc.)	\$	\$
Cuenta de Jubilación/Pensión	\$	\$
Otros Fondos Líquidos	\$	\$

¿Está usted a punto de recibir fondos adicionales (por ejemplo, reembolso de impuestos, venta de propiedades, etc.)? Sí No

En Caso afirmativo, ¿Cuánto? \$ _____ ¿cuando? _____

GASTOS DE VIVIENDA EN EL HOGAR

	Pago:	Fecha de Vencimiento:
Renta/Alquiler	\$	
Seguro de Inquilino	\$	
Electricidad	\$	
Gas Natural/Propano	\$	
Agua/Drenaje/Basura	\$	
Teléfono de casa	\$	
Celulares	\$	
Cable TV	\$	
Tarifas de Unión(de trabajo)	\$	

Solicitud – Servicios de Vivienda de Caridades Católicas

Seguro Médico/Co-pago	\$	
Cuentas Medicas/Farmacia	\$	
Seguro de Automóvil	\$	
Gastos del automóvil(gasolina y mantenimiento)	\$	
Comida	\$	
Otros gastos del hogar	\$	
Otras deudas (escriba a continuación)	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

INFORMACIÓN ADICIONAL

	SOLICITANTE PRINCIPAL		CO-SOLICITANTE	
¿Es usted un veterano de EE.UU.?	Si	No	Sí	No
¿Tiene un contrato en una casa en este momento?	Si	No	Sí	No
¿Tiene usted un Juicio en su contra?	Si	No	Sí	No
¿Está involucrado/a en una demanda judicial?	Si	No	Sí	No

¿Quién le recomendó a Servicios de Vivienda de Caridades Católicas? *(por favor circule todo lo que le corresponda):*

Anuncio impreso Banco	Gobierno	Televisión	Agente de Bienes y Raíces
Empleado	Visitó la oficina	Amigo	Radio Artículo del Periódico

Si fue referido por un banco, ¿cuál es el nombre del banco? _____

Si fue referido por otra fuente no mencionada anteriormente, ¿cuál es? _____

AUTORIZACIÓN

Yo/Nosotros autorizamos a Servicios de Vivienda de Caridades Católicas a:

- (a) Revisar mi/nuestro reporte/historial crediticio para asesorarme en relación con mi búsqueda de un préstamo hipotecario, asistencia de pago y becas disponibles para la compra de bienes y raíces;
- (b) Revisar mi/nuestro reporte e historial crediticio para revisar la información con fines de asesoría de vivienda; y
- (c) Obtener una copia de la declaración HUD-1 Liquidación, Evaluación y Letra (s) de Bienes Raíces cuando compre una casa, del prestamista que proporcione mi/nuestro préstamo y o la compañía de título que cierre/procese el préstamo.

Yo/Nosotros entendemos que cualquier representación intencional o negligente (s) de la información contenida en este formulario puede resultar en responsabilidad civil y/o penal en virtud de las disposiciones del Título 18, Código de los Estados Unidos, y en la Sección 1001.

Solicitante Principal	Firma	Fecha
Co-Solicitante	Firma	Fecha

