

COACHELLA VALLEY HOUSING COALITION

SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA EN EL PROGRAMA DE AYUDA MUTUA

EN QUE CIUDAD LE GUSTARIA COMPRAR SU CASA? FAVOR DE ESCRIBIR SUS OPCIONES ABAJO.

1) _____

2) _____

3) _____

Primera Opción

Segunda Opción

Tercera Opción

Se requiere un pago de \$10.00 por persona/matrimonios y \$12.00 por parejas no casadas viviendo en la misma casa.

El pago es requerido para poder evaluar su reporte de crédito. El pago deberá de ser dado con un:

GIRO POSTAL (MONEY ORDER) O CHEQUE PERSONAL. No olvide pedir su recibo, para aplicaciones recibidas por correo el recibo será enviado en un plazo de 24 horas de haber recibido su solicitud.

APELLIDO: _____ NOMBRE _____ SS# _____

CO-APLICANTE APELLIDO: _____ NOMBRE _____ SS# _____

RELACIÓN DE SOLICITANTES? _____

DOMICILIO: _____

Numero de la calle

Ciudad

Estado

Zona Postal

DOMILICIO POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO: () _____ MENSAJE () _____

EMAIL DEL APLICANTE: _____ NUMERO DE PERSONAS QUE VIVIRAN EN LA CASA: ____

CIRCULE EL NUMERO DE MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVIRAN EN LA CASA: 1 2 3 4 5 6 7 6 7 8 9+

APLICANTE: ____/____, MAYOR NIVEL DE EDUCACIÓN COMPLETADO _____
EDAD / FECHA DE NACIMIENTO

CO APLICANTE: ____/____, MAYOR NIVEL DE EDUCACIÓN COMPLETADO _____
EDAD / FECHA DE NACIMIENTO

INGRESO BRUTO DEL APLICANTE: \$ _____ MARQUE SI ES POR: (____ HORA) (____ SEMANA) (____ QUINCENA) (____ ANUAL)

OTRO TIPO DE INGRESO: AFDC/SDI/SSI, OTRO: _____

INGRESO BRUTO DEL CO-APLICANTE: \$ _____ MARQUE SI ES POR: (____ HORA) (____ SEMANA) (____ QUINCENA) (____ ANUAL)

OTRO TIPO DE INGRESO: AFDC/SDI/SSI, OTRO: _____

RENTA ACTUAL: \$ _____ CUANTO TIEMPO: _____ MESES _____ AÑOS

MARQUE LA CONDICION DE SU CASA: BUENA REGULAR MALA, SI ES MALA EXPLIQUE: _____

EMPLEADOR DEL APLICANTE: _____ TELEFONO _____

OCUPACION: _____ CUANTO TIEMPO: _____ MESES _____ AÑOS

EMPLEADOR EL CO-APLICANTE: _____ TELEFONO _____

OCUPACION: _____ CUANTO TIEMPO: _____ MESES _____ AÑOS

MARQUE COMO SE ENTERO DE NUESTRO PROGRAMA? ____ VOLANTE, ____ UN AMIGO, ____ EVENTO, ____ INTERNET, ____ RADIO, ____ TELEVISION ____ FAMILIA ____ OTRO (especificar) _____

TIENE USTED UNA APPLICACION CON OTRA AGENCIA DE VIVIENDAS? SI NOMBRE DE AGENCIA _____ NO

Regrese su solicitud y depósito a:
Coachella Valley Housing Coalition
45-701 Monroe St. Suite G
Indio, CA 92201
(760) 347-3157

PERSONAL DE OFICINA SOLAMENTE:

Self-Help# _____ WL# _____
Application Fee: \$ _____ Date Received _____
Money Order # _____ Check # _____
Received By: _____

La información solicitada en esta aplicación es requerida por esta agencia para asegurar al Gobierno Federal, actuando por vía de sus agencias, que se están cumpliendo las Leyes Federales que prohíben la discriminación en contra de aplicantes basada en su raza, color, credo, nacionalidad, religión, sexo, estado civil ó familiar, edad, ó incapacidad física ó mental . Esta información no será usada en la evaluación de su aplicación * para discriminar contra usted de ningún modo. Sin embargo, si decide no darnos la información, CVHC esta obligada a apuntar lo basado en imagen o apellido.

Idioma preferido: _____ Veterano de EE.UU.? Si No APLICANTE: No deseo proporcionar esta información. Género del Apicante: Femenino Masculino Estado Civil: Casado Separado No Casado (incluye solteras, divorciadas o viudas. Raza/Nacionalidad: Indio Americano o Nativo de Alaska (no de Alaska) Asiático Negro o Africano Nativo de Hawái o las Islas del Pacífico Hispano o Latino, Otro (especificar) _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo y ordeno a cualquier agencia, organización, empresa o individuo federal, estatal o local que lance a Coachella Valley Housing Coalition, sus empleados, agentes o personas designadas (en lo sucesivo denominados colectivamente "CVHC") para que divulguen o intercambien cualquier información o materiales solicitados para facilitar mi participación en el programa de Ayuda Mutua, el programa de Asesoramiento Hipotecario y / o el Programa de Consejería de Crédito de CVHC. Acepto que una fotocopia de esto también puede servir como autorización.

Los grupos o individuos a quienes se les puede pedir que divulguen la información anterior incluyen, pero no están limitados a:

- Compañías hipotecarias
- Empleadores anteriores y actuales
- Administradores de apoyo y pensión alimenticia
- Administración de la Seguridad Social
- Administración de Veteranos
- Agencias estatales de desempleo
- Empresas de servicios públicos
- Bancos e instituciones financieras
- Organizaciones sin fines de lucro

Además, autorizo a CVHC a solicitar un informe de crédito del consumidor como parte del el programa de Ayuda Mutua, el programa de Asesoramiento Hipotecario y / o el Programa de Consejería de Crédito.

Yo / Nosotros también autorizamos a CVHC a intercambiar información con todas las partes pertinentes a fin de ayudarme con el mejor plan para resolver mi situación inmediata. Autorizo el intercambio de información con cualquier parte autorizada en este comunicado para incluir, pero no limitarse en persona, por teléfono, por fax y por correo electrónico.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que complete mi participación en el Programa de Ayuda Mutua, el Programa de asesoramiento hipotecario y / o el Programa de Consejería de Crédito o revoque esta autorización por escrito. Entiendo que este formulario se utilizará para establecer mi interés en el el programa de Ayuda Mutua, el programa de Asesoramiento Hipotecario y / o el Programa de Consejería de Crédito. Al firmar este formulario, entiendo y acepto cumplir con las reglas y regulaciones establecidas por CVHC. Además, doy permiso a CVHC para solicitar un informe de crédito a mi nombre.

Nombre (por favor imprimir)

Firma

Fecha

Nombre (por favor imprimir)

Firma

Fecha