

COACHELLA VALLEY HOUSING COALITION
LISTA DE INTERESES PARA EL PROGRAMA DE AUTOAYUDA MUTUA

¿EN QUÉ CIUDAD LE GUSTARÍA CONSTRUIR/COMPRAR SU CASA? POR FAVOR, ENUMERE SUS OPCIONES A CONTINUACIÓN.

1) _____ 2) _____ 3) _____
Primera opción Segunda opción Tercera opción

COBRO DE REPORTE DE CRÉDITO
SE REQUIERE UN COBRO DE \$45.00 PARA UN REPORTE DE CREDITO,
INDEPENDIEMENTE DEL NUMERO DE APLICANTES

SE ACEPTAN LAS SIGUIENTES FORMAS DE PAGO:

- **EN PERSONA: CHEQUE, GIRO POSTAL O TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO**
- **POR CORREO: CHEQUE O GIRO POSTAL**

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA? VOLANTE _____ AMIGO/A _____ EVENTO _____ INTERNET _____ RADIO _____
TELEVISION _____ FAMILIA _____ OTRO _____

¿TIENE UNA SOLICITUD CON OTRA AGENCIA DE VIVIENDA? SI NO
SI LA RESPUESTA ES SI ¿DÓNDE? _____

APELLIDO DEL APLICANTE: _____ **NOMBRE:** _____
(Nombre como aparece en ID/ Licencia de conducir)

SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____

DOMICILIO: _____
de Calle Ciudad Estado Código Postal

DOMICILIO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: () _____ MENSAJE () _____

CORREO ELECTRONICO DEL APLICANTE: _____ RENTA MENSUAL _____

TAMAÑO DEL HOGAR _____ CUANTOS DEPENDIENTES BAJO 18 AÑOS _____

¿VETERANO DE EE. UU.? ¿SI _____ NO _____ ¿TRABAJADOR AGRICOLA? SI _____ NO _____

IDIOMA PREFERIDO _____

Educación:

Diploma de Escuela Secundaria _____ Diploma o Equivalente de Escuela Secundaria _____ Colegio de dos años _____
Diploma de Licenciatura _____ Diploma de maestría _____ Arriba de el Diploma de maestría _____

Envíe su aplicación y pago a:
Coachella Valley Housing Coalition
45-701 Monroe St. Suite G
Indio, CA 92201
Phone: (760) 347-3157

SÓLO PARA USO DE OFICINA:
Self-Help# _____ WL# _____
Application Fee: \$ _____ Date Received _____
Money Order # _____ Check # _____
Received By: _____

EMPLEADOR DEL APLICANTE: _____ TELEFONO () _____

OCUPACION: _____ CUÁNTO TIEMPO EMPLEADO: Año(s) _____ Meses _____

INGRESO BRUTO: \$ _____ POR FAVOR INDICAR: POR HORA _____ SEMANAL _____ QUINCENAL _____ ANUAL _____

TIEMPO COMPLETO _____ DE TIEMPO PARCIAL _____ TEMPORADA _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA _____

OTROS INGRESOS: (POR FAVOR CIRCULE CUALQUIERA QUE SEA APLICABLE): CAL-WORKS, SDI, SSI, MANUTENCIÓN DE HIJOS / APOYO CONYUGAL / OTRO (ESPECIFICAR): _____ CANTIDAD MENSUAL: \$ _____

SEGUNDO EMPLEADOR (SI ES QUE APLICA): _____ INGRESO BRUTO: \$ _____

POR FAVOR INDIQUE LA CONDICION ACTUAL DE LA VIVIENDA: BUENA _____ JUSTA _____ MALA _____

SI ES MALA, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

(SI ES QUE APLICA):

APELLIDO DEL CO-APLICANTE: _____ **NOMBRE:** _____
(Nombre como aparece en ID / Licencia de conducir)

SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

RELACIÓN DE LOS APLICANTES? _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL CO-APPLICANTE: _____

¿VETERANO DE EE.UU.? ¿SI _____ NO _____ ¿TRABAJADOR AGRICOLA? SI _____ NO _____

IDIOMA PREFERIDO _____

Educación:

Diploma de Escuela Secundaria _____ Diploma o Equivalente de Escuela Secundaria _____ Colegio de dos años _____
Diploma de Licenciatura _____ Diploma de maestría _____ Arriba de el Diploma de maestría _____

EMPLEADOR DEL CO-APPLICANTE: _____ TELEFONO () _____

OCUPACION: CUÁNTO TIEMPO EMPLEADO: Año(s) _____ Meses _____ INGRESO BRUTO: \$ _____
POR FAVOR INDICAR: POR HORA _____ SEMANAL _____ QUINCENAL _____ ANUAL _____

TIEMPO COMPLETO _____ DE TIEMPO PARCIAL _____ TEMPORADA _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA _____

OTROS INGRESOS: (POR FAVOR CIRCULE CUALQUIERA QUE SEA APLICABLE): CAL-WORKS, SDI, SSI, MANUTENCIÓN HIJOS / APOYO CONYUGAL / OTRO (ESPECIFICAR) CANTIDAD MENSUAL: \$ _____

SEGUNDO EMPLEADOR (SI ES QUE APLICA): _____ INGRESO BRUTO: \$ _____

La siguiente información es solicitada por esta agencia con el fin de asegurar al gobierno federal, actuando a través de sus agencias que se cumplen las Leyes Federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes por motivos de raza, color, credo, origen de la nación, religión, sexo, estado civil o familiar, edad o discapacidad física o mental. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se le anima a hacerlo. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminar contra usted de ninguna manera. Si decide no proporcionarlo, esta agencia está obligada a tener en cuenta la raza / origen nacional y el sexo de los solicitantes individuales sobre la base de la observación o apellido.

APLICANTE:

Género: Masculino ___ Femenino ___ Prefiero no contestar ___ Estado Civil: ___ Prefiero no contestar ___ Etnia: Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino ___ Raza: Blanco ___ Negro/Afroamericano ___ Asiático ___ Indio(a)Americano/Nativo de Alaska ___ Nativo de Hawái o las Islas del Pacífico ___ Otro/multirracial ___ Prefiero no contestar ___

CO-APLICANTE:

Género: Masculino ___ Femenino ___ Prefiero no contestar ___ Estado Civil: ___ Prefiero no contestar ___ Etnia: Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino ___ Raza: Blanco ___ Negro/Afroamericano ___ Asiático ___ Indio(a)Americano/Nativo de Alaska ___ Nativo de Hawái o las Islas del Pacífico ___ Otro/multirracial ___ Prefiero no contestar ___

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Por la presente autorizamos y ordenamos a cualquier agencia, organización, negocio o individuo federal, estatal o local que libere a Coachella Valley Housing Coalition, sus empleados, agentes o cesionarios (en adelante denominados colectivamente "CVHC") a divulgar/intercambiar cualquier información o material solicitado con el fin de facilitar mi participación en el Programa de Autoayuda Mutua de CVHC, el Programa de Asesoramiento Hipotecario y/o el Programa de Asesoramiento de Crédito. Estoy de acuerdo en que una fotocopia de este también puede servir como autorización

Los grupos o individuos a los que se le puede pedir que publiquen la información anterior incluyen, pero no se limitan a:

- Empresas hipotecarias
- Empleadores pasados y presentes
- Administradores de apoyo y pensión alimenticia
- Administración del Seguro Social
- Administración de Veteranos
- Agencias estatales de desempleo
- Empresas de servicios públicos
- Bancos e instituciones financieras
- Organizaciones sin fines de lucro

Además, autorizamos a CVHC a ordenar un informe de crédito al consumo de 3 fusiones (3 oficinas) a mi nombre, como parte del Programa de Autoayuda Mutua, el Programa de Asesoramiento Hipotecario y/o el Programa de Asesoramiento de Crédito de CVHC.

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

Esta autorización permanecerá en efecto hasta que complete mi participación en el Programa de Autoayuda Mutua, el Programa de Asesoramiento Hipotecario y/o el Programa de Asesoramiento de Crédito o revoque esta autorización por escrito. Yo entiendo que este formulario se utilizará para establecer mi interés en el Programa de Autoayuda Mutua del CVHC, el Programa de Asesoramiento Hipotecario y/o el Programa de Asesoramiento de Crédito. Al firmar este formulario, entiendo y acepto acatar las reglas y regulaciones establecidas por CVHC.

Nombre De Aplicante (escribir con letra de molde)

Firma

Fecha

Nombre De Co-Aplicante (escribir con letra de molde)

Firma

Fecha

