

FORMA DE DATOS PERSONALES

CLIENTE/PRIMER APLICANTE

Escriba con letra legible

1. Nombre: (La forma en que aparece en su tarjeta de seguro social):

Primer Nombre
Segundo
Apellido(s)

Dirección: _____
Calle
Ciudad
Estado
Código Postal

Teléfono en Casa: (_____) _____ **Teléfono de trabajo:**(_____) _____

Móvil/celular:(_____) _____ **Correo Electrónico:** _____

2. Número de Seguro Social: _____ – _____ – _____ **3. Fecha de Nacimiento:** _____ / _____ / _____

4. ¿Cómo escuchaste de este programa? (Elija uno)

Amistad/Familia Agente de Bienes Raíces Banco/Prestamista Miembro Directivo/Empleado Televisión
 Anuncio Publicado Folleto de Primavera Radio Periódico Agencia del Gobierno
 Internet: **www.** _____ (¿cuál página web?) Otro _____

5. Raza (Escoja una opción):

- | | | | |
|---|---|---|-------------|
| 1. Blanco(a) | 2. Negro(a) | 3. Indio(a) Norteamericano o Nativo de Alaska | 4. Asiático |
| 5. Nativo de Hawai o las Islas del Pacifico | 6. Indio(a)/Nativo de Alaska y Blanco | 7. Asiático y Blanco | |
| 8. Negro y Blanco | 9. Indio(a) Norteamericano o Nativo de Alaska y Negro | 10. Otra raza | |

6. ¿Es usted hispano/latino? _____ Sí _____ No

7. Género/sexo (Elija el apropiado): Masculino Femenino Otro/No definido

8. Tamaño de su familia _____ **¿Cuántos DEPENDIENTES tiene/n?** _____ **¿De qué edades son los dependientes?** _____, _____, _____

9. ¿Hay otras personas NO DEPENDIENTES que vivirán en la casa? _____ Sí _____ No

Si contestó que sí, especifica:

Relación: _____ **Edad:** _____ **Relación:** _____ **Edad:** _____

10. ¿Es usted militar activo? _____ Sí _____ No **11. ¿Es usted un veterano?** _____ Sí _____ No

12. Educación: (Seleccione solamente el nivel de educación más alto que usted ha alcanzado):

- | | |
|---|--|
| 1. Ninguna | 2. Primaria |
| 3. Secundaria | 4. Graduado de preparatoria o equivalente/High School |
| 5. Dos años de colegio (Community College) | 6. Dos años de una escuela de formación profesional (vocacional) |
| 7. Título universitario de cuatro años (Bachillerato) | 8. Maestría (Masters) 9. Otro _____ |

13. Estatus marital (Seleccione la opción más apropiada):

- | | | | | |
|--------------|-------------|-----------------|---------------|------------|
| 1. Soltero/a | 2. Casado/a | 3. Divorciado/a | 4. Separado/a | 5. Viudo/a |
|--------------|-------------|-----------------|---------------|------------|

14. Ingresos ANUALES combinados de su familia (TOTAL DEL HOGAR): \$ _____ / **al año** (BRUTOS)

15. Situación actual de vivienda (Seleccione una opción):

- | | |
|--|---|
| 1. Renta/Alquila | 2. Sin techo/desamparado/sin hogar |
| 3. Dueño/a de su vivienda pagando hipoteca | 4. Viviendo con familiares sin pagar alquiler/renta |
| 5. Dueño/a de su propia vivienda con hipoteca pagada | 6. Dueño/a de tráiler, pero renta el espacio |

Continúa de la página 1:

16. *¿Es esta la primera vez que compra casa? ____ Sí ____ No

*(Es decir: NO es dueño/a actual de vivienda y no ha tenido casa en los últimos 3 años.)

17. ¿Es usted comprador/a de vivienda de primera generación? ____ Sí ____ No

18. ¿Estatus Familiar? (Seleccione la opción más apropiada):

- | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. Madre soltera del hogar | 2. Padre soltero del hogar | 3. Adulto soltero | |
| 4. Dos o más adultos no relacionados | 5. Casados con hijos | 6. Casado sin hijos | 7. Otro estatus familiar |

19. ¿Nació usted en Estados Unidos (USA)? ____ Sí ____ No

20. ¿Es usted discapacitado? ____ Sí ____ No

EMPLEO DEL CLIENTE

Últimos dos (2) años por favor

Empleo Principal (Actual): _____

Puesto/Title: _____ **Fecha de comienzo:** _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (____) _____

Marque con un círculo: Trabajo de medio tiempo o Trabajo de tiempo completo

Ingreso BRUTO (antes de impuestos): \$ _____

¿Con qué frecuencia le pagan? (Elija una) ____ Hora ____ Semanal ____ Quincena ____ Dos veces al mes ____ Mensual

Empleo ANTERIOR o SECUNDARIO:

Puesto/Title: _____ **Fecha de empiezo y cuando se terminó:** _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (____) _____

Marque con un círculo: Trabajo de medio tiempo o Trabajo de tiempo completo

Ingreso BRUTO (antes de impuestos): \$ _____

¿Con qué frecuencia le pagan? (Elija una) ____ Hora ____ Semanal ____ Quincena ____ Dos veces al mes ____ Mensual

Continúe la lista de empleos aquí o en otra hoja si la información arriba no equivale 2 años de su historial de empleo.

ESPOSO/A Y/O SEGUNDO SOLICITANTE**Escriba con letra legible****Nombre:** (La forma en que aparece en su tarjeta de seguro social)

Primer Nombre	Segundo	Apellido(s)
---------------	---------	-------------

Dirección: _____

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Teléfono en Casa: (____) _____ **Teléfono de trabajo:** (____) _____

Móvil/celular: (____) _____ **Correo Electrónico:** _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Raza (Marque con un círculo):

- | | | | |
|---|---|---|-------------|
| 1. Blanco(a) | 2. Negro(a) | 3. Indio(a) Norteamericano o Nativo de Alaska | 4. Asiático |
| 5. Nativo de Hawái o las Islas del Pacífico | 6. Indio(a)/Nativo de Alaska y Blanco | 7. Asiático y Blanco | |
| 8. Negro y Blanco | 9. Indio(a) Norteamericano o Nativo de Alaska y Negro | 10. Otra raza | |

¿Es usted hispano/latino? _____ Sí _____ No **¿Nació usted en Estados Unidos (USA)?** _____ Sí _____ No

Género/sexo (elija el apropiado): Masculino Femenino Otro/No definido **¿Es usted discapacitado?** _____ Sí _____ No

Educación: (Seleccione más alto nivel de educación alcanzado):

- | | |
|---|--|
| 1. Ninguna | 2. Primaria |
| 3. Secundaria | 4. Graduado de preparatoria o equivalente/High School |
| 5. Dos años de colegio (Community College) | 6. Dos años de una escuela de formación profesional (vocacional) |
| 7. Título universitario de cuatro años (Bachillerato) | 8. Maestría (Masters) 9. Otro _____ |

Estatus matrimonial (seleccione el más apropiado):

- | | | | | |
|--------------|-------------|-----------------|---------------|------------|
| 1. Soltero/a | 2. Casado/a | 3. Divorciado/a | 4. Separado/a | 5. Viudo/a |
|--------------|-------------|-----------------|---------------|------------|

Relación al solicitante (elija el apropiado):

Cónyuge Novio/a Madre Padre Hijo/a Hermano/a Otro _____

EMPLEO DEL SEGUNDO SOLICITANTE**Últimos dos (2) años por favor****Empleo Principal:** _____

Puesto/Title: _____ **Fecha de comienzo:** _____

Dirección: _____

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Teléfono: (____) _____

Marque con un círculo: Trabajo de medio tiempo o Trabajo de tiempo completo

Ingreso BRUTO (antes de impuestos): \$ _____

¿Con qué frecuencia le pagan? (Elija una) _____ Hora _____ Semanal _____ Quincena _____ Dos veces al mes _____ Mensual

Continuación del historial de empleo del segundo solicitante:

Empleo ANTERIOR o SECUNDARIO: _____

Puesto/Title: _____ **Fecha de empiezo y cuando se terminó** _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (____) _____ - _____

Marque con un círculo: Trabajo de medio tiempo o Trabajo de tiempo completo

Ingreso BRUTO (antes de impuestos): \$ _____

¿Con qué frecuencia le pagan? (Elija una) _____ Hora _____ Semanal _____ Quincena _____ Dos veces al mes _____ Mensual

Continúe la lista de empleos en otra hoja si la información arriba no equivale 2 años de su historial de empleo.

INGRESOS (Por mes)	Escriba con letra legible	
Seleccione el tipo de ingreso que recibe/n	CLIENTE Cantidad Mensual	2° APLICANTE Cantidad Mensual
Salario/empleo		
Mantenimiento de hijos/Child Support		
Ingresos para renta		
Ingresos de Seguro Social		
Ingresos de pensión		
Asistencia pública (Welfare, food stamps, etc.)		
Ingresos de negocio propio		
Seguro de discapacitado de un dependiente		
Seguro de discapacitado		
Otro empleo/trabajo		

	<u>Cliente</u>		<u>2° Apicante</u>	
	Sí	No	Sí	No
¿Puede documentar ingresos de mantenimiento (child support) de hijo/a? ¿Si "sí", por cuanto tiempo los tendrá?	_____	_____	_____	_____
Si su hijo/a o familia recibe ingresos de seguro social, ¿Por cuántos años más continuarán los pagos?	_____	_____	_____	_____
Si usted recibe ingreso de seguro social de discapacitado, ¿Es permanente?	Sí	No	Sí	No
Si tiene un segundo empleo a ¿trabajado en el mismo por 2 años o más?	Sí	No	Sí	No
¿Está actualmente en bancarrota del Capítulo 13? En caso de "sí", cuándo comenzó _____	Sí	No	Sí	No
¿Ha tenido una bancarrota del Capítulo 7? En caso de "sí", cuándo fue dado de alta _____	Sí	No	Sí	No

Favor de escribir el valor aproximado de lo siguiente: (no escriba su número de cuenta. No es necesario.)

Nombre del banco	CLIENTE	2° APLICANTE
Cuenta de cheques	(Cantidad) \$	(Cantidad) \$
Cuenta de ahorros	(Cantidad) \$	(Cantidad) \$
Efectivo	(Cantidad) \$	(Cantidad) \$
CD/Inversiones a largo plazo	(Cantidad) \$	(Cantidad) \$
Valores (acciones, bonos, etc.)	(Cantidad) \$	(Cantidad) \$
Cuenta de Retiro	(Cantidad) \$	(Cantidad) \$

¿Está a punto de recibir fondos adicionales (por ejemplo, reembolso de impuestos, venta de propiedad, etc.)? Sí No
 Si contestó "sí", ¿cuánto? \$ _____

INFORMACION ADICIONAL

	CLIENTE		2° APLICANTE	
¿Ha sido propietario de vivienda en los últimos (3) años?	Sí	No	Sí	No
¿Es Veterano del ejército de USA?	Sí	No	Sí	No
¿Tiene un contrato de compra pendiente en alguna casa?	Sí	No	Sí	No
¿Esta trabajando con un agente de bienes raíces/realtor?	Sí	No	Sí	No
¿La hora más conveniente para una cita individual?	Día: lunes martes miércoles jueves viernes			Hora: ___ AM ___ PM

“Primavera revisa el ingreso y gastos mensuales de todos nuestro consumidores para determinar si el cargo por solicitar su reporte de crédito causa un impacto significativo en sus finanzas. Primavera examina todos los factores, y no está solamente limitado a, el ingreso familiar, y obligaciones de deudas para determinar la capacidad de pago del consumidor, para cubrir el costo de solicitar este reporte. Si el ingreso familiar anual del consumidor es menor del 200% del nivel federal de pobreza, trabajaremos con el consumidor para obtener una copia de su reporte de crédito gratis, o reducir el costo a una cantidad que el consumidor pueda solventar.”

AUTORIZACIÓN

Autorizo a Primavera Foundation, Inc. para que:

- (a) Solicitar mi/nuestro reporte de crédito, y lo (los) evalúen con el propósito de recibir consejería durante el proceso de compra de vi casa, y obtener un préstamo para esta compra.
- (b) Solicitar mi/nuestro reporte de crédito, solo con el propósito de revisar información crediticia; y
- (c) Obtener una copia de los documentos originados por el prestamista, la compañía de títulos, que cierre la venta y/o otras entidades que estén participando en el proceso de compra. Forma 1003 aplicación para un préstamo residencial, pre-aprobación del préstamo, (LE) Estimación del Costo, (CD) Acuerdo final de Estado de Cuenta, forma 1008 o equivalente, Evaluación de la propiedad, reporte, recibos de cargos pagados, documentos de la hipoteca, Nota promisoría, Escritura de fideicomiso, y documentos relacionados con asistencia financiera.
- (d) Yo/Nosotros entendemos que cualquier representación intencional o negligente de la información contenida en esta forma puede resultar en cargos civiles o criminales bajo las provisiones y derechos dados en el Título 18, del Código de los Estados Unidos, Sección 1001.

Cliente

Fecha

Segundo Apicante

Fecha



For Internal Use Only/ PARA EMPLEADOS SOLAMENTE

Notes/Comments: _____

Type of Service(s)	
Counseling	
Rehab	
Home Ownership	
Financial Fitness	
Refinance	
Section 8	
Other Services	
Sears Post Purchase	

Received By: _____ Date: ___/___/___

Reviewed By: _____ Date: ___/___/___



151 W. 40th Street
Tucson, AZ 85713
(520) 882-5383

