

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 Post

Teléfono en Casa: (_____) _____

Teléfono de trabajo:(_____) _____

Correo Electrónico:

Móvil/celular:(_____) _____

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 (al año) combinados de su familia (TOTAL DEL HOGAR): \$ _____ (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

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.)

ESPOSO/A Y/O SEGUNDO SOLICITANTE**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: (____) _____ - _____
--	---

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

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 _____
---	---

Estatus matrimonial (seleccione el más apropiado):

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

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 _____ |

Relación al solicitante (elija el apropiado):

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

EMPLEO DEL SEGUNDO SOLICITANTE — Últimos dos (2) años**Escriba con letra legible****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 BRUTOS (antes de impuestos):** \$ _____**¿Con qué frecuencia le pagan?** (Elija una) Hora Semanal Quincena Dos veces al mes Mensual

Empleo ANTERIOR o SECUNDARIO: _____

Puesto/Title: _____ **Duración de empleo*:** _____
*(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 BRUTOS (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 éstos no equivalen **2 años** de historial

Información de cliente y segundo solicitante:

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>	
(Child Support)				
¿Puede documentar ingresos de mantenimiento de hijo/a? Si "sí", por cuanto tiempo los tendrá?	Si	No	Si	No
	_____	_____	_____	_____
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?	Si	No	Si	No
	_____	_____	_____	_____
Si tiene un segundo empleo a ¿trabajado en el mismo por 2 años o más?	Si	No	Si	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.)? Si No
 Si contestó "sí", ¿cuánto? \$ _____

INFORMACION ADICIONAL

	CLIENTE		2° APLICANTE	
¿Ha sido propietario de vivienda en los últimos (3) años?	Si	No	Si	No
¿Es Veterano del ejército de USA?	Si	No	Si	No
¿Tiene un contrato de compra pendiente en alguna casa?	Si	No		
¿Esta trabajando con un agente de bienes raíces/realtor?	Si	No		
¿La hora más conveniente para una cita individual? ___ AM ___ PM (lunes a viernes de 9 a.m.-3 p.m.)				

“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. HomeOwnership Center 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 promisorias, Escritura de fideicomiso, y documentos relacionados con asistencia financiera.

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

