

SOLICITUD DE PRÉSTAMO PARA REHABILITACIÓN DE VIVIENDAS



4020 Civic Center Drive
San Rafael, CA 94903-4173
Teléfono (415) 491-2550
1-800-735-2929

TDD para personas con discapacidad auditiva

Solicitud N°: _____

DATOS PERSONALES

Nombre del Solicitante: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Co- Solicitante: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de la Propiedad: _____

Dirección de Correo (si es diferente): _____

N° de Teléfono: _____ (Hogar) _____ (Trabajo)

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Los siguientes datos serán utilizados para proporcionar información agregada al gobierno federal sobre el uso de los fondos (CDBG) de Subvenciones en Bloque para el Desarrollo Comunitario. Los datos no serán utilizados para evaluar su solicitud de participación en este programa y toda la información se mantendrá confidencial.

Estado civil: _____ Identidad Racial: _____ Hispánico No Hispánico Mujer Cabeza de Familia

Número Total en el Hogar: _____ Número de Dependientes: _____ Edades (Hombre) _____ (Mujer) _____

Discapacitado/Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Discapacidad: _____

¿Cómo se enteró del Programa? _____

SU VIVIENDA

Tipo de Construcción

Edad de la construcción: _____ Años en propiedad: _____ N° de pisos: _____ Metros cuadrados aprox.: _____

Nombre(s) de la(s) persona(s) en el título: _____

Situada en Zona de Riesgo de Inundación Zona Costera Interés Histórico Censo: _____

N° de Parcela del Tasador: _____ Agente de la Aseguradora: _____

Valor Total de Tasación: \$ _____ Dirección: _____

Valor de Mercado Est.: \$ _____ No. de Compañía/ Póliza: _____

Deuda sobre la Propiedad: \$ _____ Cobertura (Vivienda): \$ _____

Equidad en la Propiedad: \$ _____ Fecha de vencimiento: _____

EMPLEO / INGRESOS

Ocupación del Solicitante: _____ Años Bruto Mensual Bruto Anual

Nombre del Empleador _____ Años \$ _____ \$ _____

Otros Ingresos: Seguridad Social SSI Discapacidad \$ _____ \$ _____

Dividendos Intereses Pensión \$ _____ \$ _____

Otros: _____ \$ _____ \$ _____

Subtotal: \$ _____ \$ _____

Co- Solicitante: Ocupación: _____ Años

Nombre del Empleador _____ Años \$ _____ \$ _____

Otros Ingresos: Seguridad Social SSI Discapacidad \$ _____ \$ _____

Dividendos Intereses Pensión \$ _____ \$ _____

Otros: _____ \$ _____ \$ _____

Subtotal: \$ _____ \$ _____

Ingresos Brutos Combinados en Total: \$ _____ \$ _____

Límites de Ingresos para la Elegibilidad en el Programa de Rehab. (efectivo el 4/24/2019):

Personas	Ingresos	Personas	Ingresos	Personas	Ingresos	Personas	Ingresos
1	\$56,450	3	\$72,550	5	\$87,050	7	\$99,950
2	\$64,500	4	\$80,600	6	\$93,500	8	\$106,400

GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

	<u>Pagos Mensuales</u>	<u>Saldo Actual</u>
Primer Titular de la Hipoteca: _____		
Cantidad de Préstamo Original: \$ _____ Tasa de Interés: _____% ARM <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____
Fecha del Préstamo _____ Vencimiento: _____ Capital diferido <input type="checkbox"/>		
Titular de la Segunda Hipoteca: _____		
Cantidad de Préstamo Original: \$ _____ Tasa de Interés: _____% ARM <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____
Fecha del Préstamo _____ Vencimiento: _____ Capital diferido <input type="checkbox"/>		
Impuestos de la Propiedad por Año ____ / ____ (Anual: \$ _____ dividido por 12 =)	\$ _____	
Impuestos de la Propiedad Diferidos o Impagados (si existen) durante el Año(s) ____ : \$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro del Hogar (Prima Anual: \$ _____ dividido por 12 =)	\$ _____	
Si es aplicable: <input type="checkbox"/> Cuota de Amarre <input type="checkbox"/> Espacio de la casa <input type="checkbox"/> Cuotas HOA	\$ _____	\$ _____
Subtotal (Gastos de la vivienda):	\$ _____	\$ _____

OTROS GASTOS FIJOS MENSUALMENTE

	<u>Pagos Mensuales</u>	<u>Saldo Actual</u>
Prestamista/Préstamo de Automóvil: _____	\$ _____	\$ _____
Seguro de Automóvil: _____	\$ _____	\$ _____
Seguro Médico/Salud: _____	\$ _____	\$ _____
Cuentas de Cargo (Lista): _____	\$ _____	\$ _____
Otros (Enumerar): _____	\$ _____	\$ _____
Subtotal (Otros gastos fijos mensualmente):	\$ _____	\$ _____

Gastos Totales (Vivienda más Otros Gastos Fijos Mensuales):	\$ _____	\$ _____
--	----------	----------

BIENES

	<u>Valor</u>
Cuenta Corriente: _____	\$ _____ (Saldo promedio mensual)
Cuenta de Ahorros: _____	\$ _____
Acciones y Bonos: _____	\$ _____ (Valor est. actual)
Propiedades Inmobiliarias: _____	\$ _____ (Valor de mercado actual)
Automóvil (Año/Marca): _____	\$ _____ (Valor de mercado actual)
Bienes Personales: _____	\$ _____
Otros bienes (listar): _____	\$ _____
Valor Total de los Bienes:	\$ _____

DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES NECESARIAS

Certifico que toda la información anterior incluida en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Por la presente otorgo permiso para verificar esta información.

Solicitante	Fecha	Co- Solicitante:	Fecha
-------------	-------	------------------	-------

Fecha de Entrevista: _____

Préstamo de Rehabilitación Propuesto: \$ _____ @ _____% durante _____ meses con pagos de \$ _____ / mes.			
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><u>Antes de la Rehab.</u></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><u>Después de la Rehab.</u></td> </tr> </table>	<u>Antes de la Rehab.</u>	<u>Después de la Rehab.</u>
<u>Antes de la Rehab.</u>	<u>Después de la Rehab.</u>		
Relación entre el valor y el préstamo: \$ _____ / \$ _____ = _____ %	\$ _____ / \$ _____ = _____ %		
Ingresos Brutos – Gastos de la vivienda: \$ _____ / \$ _____ = _____ %	\$ _____ / \$ _____ = _____ %		
Ingresos Brutos – Gastos Totales: \$ _____ / \$ _____ = _____ %	\$ _____ / \$ _____ = _____ %		