



Date Application Received:

Portland Housing Center – Cuenta de Desarrollo Individual (IDA)

SOLICITUD

**Por favor llene esta solicitud completamente y agregue la documentación requerida.
Preguntas o dudas favor de llamar al: 503.282.7744 x 103.**

Nombre: _____ Número de Seguro Social o ITIN#: _____ - _____ - _____
Teléfono (casa): _____ (celular o trabajo): _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ Condado: _____
Dirección de correo (si diferente a domicilio): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ Condado: _____
Correo electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Sexo:
 Masculino Femenino Otro/a

Estado Civil:
 Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre

Trabajador agrícola Si No
Veterano de Guerra Si No

Grado de educación:
 Primaria Secundaria Preparatoria Carrera Técnica Universidad (no graduado/a) Título Universitario Maestría (no graduado/a) Maestría

Etnicidad / Raza:
 Negro/Afro-Americano Blanco Asiático Nativo de Hawái o Islas del Pacifico Nativo Americano Nativo de Alaska Multi-racial u otro

Hispano Si No

Lugar de residencia:
 Zona Urbana Zona Rural Suburbios Reservación India

Situación Escolar Actual:
 Inscrito-tiempo completo inscrito-medio tiempo No inscrito

Composición Familiar:
 Soltero/a 2 ó más adultos sin hijos 2 ó más adultos con hijos Mamá soltera Papá soltero Otra(_____)

Número de personas en el hogar: _____
Número de adultos (mayores de 18 años) *incluyendo a Ud.* _____
Número de adultos (menores de 18 años) _____

En cuánto tiempo anticipa la compra de su vivienda?
 6 meses 12 meses 24 meses 36 meses

País de origen: _____ **Idioma que se habla en su hogar:** _____
Si no es inglés, ¿se habla inglés en el hogar? Yes No

¿Cuenta Ud. con seguro médico? Si No **Si es así, ¿Es del Oregon Health Plan?** Yes No
¿Cuenta Ud. con una cuenta de IDA? Si No **Si es así, ¿Con que organización?:** _____

¿Ha Ud. tenido una cuenta de IDA? Si No Si indicó si, ¿en qué programa, que porcentaje se le igualó y que cantidad recibió? _____

¿Alguien más en su familia cuenta con una cuenta de IDA? Si No

¿Se ha declarado Ud. en quiebra o bancarrota en los últimos siete años? Si No

Fecha de liberación de su deuda: _____

¿Ha completado Ud. la clase de "Salud Financiera"? Si No Fecha: _____

¿Ha estado Ud. en contacto con un consejero de PHC para la compra de vivienda? Si No

Por favor nombre a todos los miembros del hogar incluyendo a Ud. Asegúrese de nombrar a todas las personas que actualmente viven con usted (incluyendo niños y otros dependientes) aún si no reciben ningún ingreso.

Nombre Completo	Edad	Relación

HISTORIAL DE EMPLEO

Por favor indique cual es su situación de empleo actualmente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado más de tiempo completo
(trabaja tiempo extra o tiene más de un empleo) | <input type="checkbox"/> Desempleado: incapacitado |
| <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo (35-40 horas) | <input type="checkbox"/> Desempleado: en busca de empleo |
| <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo (menos de 35 horas) | <input type="checkbox"/> Desempleado: no en busca de empleo |
| | <input type="checkbox"/> Desempleado: jubilado |

Empleo Actual (si trabaja por cuenta propia por favor indique):

Compañía:	Fecha de empleo (mes / año) De: a:
Ciudad:	Salario: \$ Por hora o por mes (indique uno)
Posición / Tipo de Trabajo:	Promedio de horas a la semana:

Segundo Empleo (si cuenta con otro empleo):

Compañía:	Fecha de empleo (mes / año) De: a:
Ciudad:	Salario: \$ Por hora o por mes (indique uno)
Posición / Tipo de Trabajo:	Promedio de horas a la semana:

Empleo actual del Esposo/a o Pareja:

Compañía:	Fecha de empleo (mes / año) De: a:
Ciudad:	Salario: \$ Por hora o por mes (indique uno)
Posición / Tipo de Trabajo:	Promedio de horas a la semana:

Por favor escriba el ingreso **mensual** que el **hogar** recibe a través de cada una de las fuentes que se muestran a continuación. Si no recibe ingreso, por favor escriba cero:

A. FUENTES DE INGRESO

- \$ _____ Su ingreso bruto mensual
- \$ _____ Ingreso de su negocio propio
- \$ _____ Ingreso total bruto de todos los demás miembros de su hogar
- \$ _____ Ingreso por inversiones
- \$ _____ Jubilación / Pensión (balance total de su cuenta)
- \$ _____ Desempleo
- \$ _____ Otro tipo de asistencia gubernamental
- \$ _____ Auxiliar / Beneficio de dependientes
- \$ _____ Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI/SSD)
- \$ _____ Otro Ingreso
- \$ _____ **Sub-Total A**

Cálculo ajustado del ingreso bruto total: Sub-Total A: _____ Sub-Total B: _____ INGRESO BRUTO: _____

B. OTROS SERVICIOS RECIBIDOS

- \$ _____ Cupones Alimenticios
- \$ _____ Programa Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- \$ _____ Programa de Ayuda para Mujeres, Infantes e Hijos (WIC)
- \$ _____ Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo
- \$ _____ Jubilación / Pensión (balance total de su cuenta)
- \$ _____ Servicio de Guardería por medio del empleo
- \$ _____ Almuerzos gratis o con descuento
- \$ _____ Programa de Asistencia de Bajos Recursos para el pago de servicios
- \$ _____ Head Start
- \$ _____ Asistencia Alimenticia de Emergencia
- \$ _____ Asistencia Federal para la Vivienda (Sección 8/Vivienda pública o para bajos recursos)
- \$ _____ Rehabilitación Vocacional
- \$ _____ Asistencia para la Vivienda
- \$ _____ Crédito Tributario Estatal de Guardería para la Familia Trabajadora
- \$ _____ **Sub-Total B**

BIENES

Posee Ud. alguno de los siguientes bienes? Si es así, indique su valor:

*Vehículo 1: \$: _____ * Vehículo 2: \$: _____

Valor Total de Vehículos: \$ _____

Efectivo: \$ _____

Balance en cuenta de cheques: \$ _____

Balance en cuenta de ahorros: \$ _____

CDs: \$ _____

CD de ahorro para menores: \$ _____

Fondo para el retiro 401/k/IRA: \$ _____

Inversiones (acciones, bonos de ahorros): \$ _____

Balance de cuenta bancaria del negocio: \$ _____

Bienes del Negocio/Valor de Inventario: \$ _____

Otro: \$ _____

PASIVOS

Por favor indique a continuación la cantidad a deber:

Vehículo 1: \$: _____ Vehículo 2: \$: _____

Deuda total de Vehículos: \$ _____

Deuda de Impuestos por Ingresos/Predial: \$ _____

Deuda de Mantenición de Menores: \$ _____

Deuda de tarjetas de crédito: \$ _____

Deuda Estudiantil: \$ _____

Deuda de Negocio Propio: \$ _____

Deuda Médica: \$ _____

Línea de Crédito Personal: \$ _____

Deuda con Familiares/Amigos: \$ _____

Otras deudas: _____ \$ _____

TOTAL DE BIENES: \$ _____

DEUDA TOTAL: \$ _____

VALOR DEL PATRIMONIO: \$ _____ (Bienes menos pasivos)

*Valor neto excluye el vehículo principal de mayor valor.

Para uso exclusivo del Agente de IDA:

Patrimonio Neto Total: \$ _____ Patrimonio Neto Aplicable para IDA: \$ _____

PAGOS MENSUALES DE DEUDA DEL CONSUMIDOR (Pago Mínimo):

<u>Entidad Acreedora</u>	<u>Pago Mensual:</u>	<u>Balance Total:</u>
Acreedor _____	\$ _____	\$ _____
Acreedor _____	\$ _____	\$ _____
Acreedor _____	\$ _____	\$ _____
Acreedor _____	\$ _____	\$ _____
Acreedor _____	\$ _____	\$ _____
Total del Pago Mensual de la Deuda:		\$ _____

Gastos Mensuales	Cantidad Mensual
Total del Pago Mensual de Deuda (suma de todos los pagos mínimos de su deuda)	
Renta	
Electricidad	
Gas/combustible	
Agua/Drenaje	
Basura	
Teléfono – casa	
Celular	
Internet	
Cable TV	
Seguro de alquiler de propiedad	
Otros gastos del hogar	
Seguro Médico/Gastos Médicos	
Comida (Supermercado)	
Almuerzos: escuela	
Almuerzos: trabajo	
Guardería	
Tabaco y Alcohol	
Lavandería/Tintorería	
Cuidado de Mascotas	
Manutención de Hijos	
Ropa (incluye zapatos)	
Cuidado Personal (peluquería, cosméticos)	
Entretención (incluye guardería)	
Educación (clases, libros)	
Gasolina	
Seguro de Automóvil	
Servicio/Reparación de Automóvil	
Estacionamiento	
Transporte Público	
Medicamentos	
Seguro de Vida	
Otros Gastos:	
GASTO TOTAL MENSUAL	

Ingreso Neto Mensual (libre de impuestos) \$ _____

GASTO TOTAL MENSUAL \$ _____

SUPERÁVIT/DEFICIT MENSUAL: \$ _____

Por favor indique el nombre de un pariente que siempre conozca su domicilio aún cuando usted decida mudarse de vivienda:

Nombre del Pariente: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Celular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Relación: _____

¿Como se enteró Ud. del Programa de IDA?

- Amigo
- Agente del Portland Housing Center
- A través de un volante informativo
- Estado de Oregon
- Un participante del Programa de IDA
- Organización de vecinos/comunitaria (especifique) _____
- Otra (especifique) _____

Por favor comparta con nosotros cualquier otra información que Ud. crea que podría ayudarnos a considerar su solicitud:

Copias de los siguientes documentos deben acompañar esta solicitud:

- 2 comprobantes más recientes de ingresos, asistencia pública o desempleo
***Si a Ud. le pagan dos veces al mes, por favor muestre 4 recibos de cada empleo*
- 2 comprobantes más recientes de ingresos de otros miembros del hogar que actualmente estén empleados
- Copia de declaración de impuestos sobre ingreso del año pasado
- Declaración de Inversiones (jubilación, pensión, 401K, acciones, etc.)
- Copia de Licencia de Manejo o Acta de Nacimiento
- Copia de la tarjeta del Seguro Social
- Forma de Presupuesto Mensual

Autorización, Verificación, y Divulgación de Información Privada

AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y DIVULGACIÓN:

Yo doy mi autorización a Portland Housing Center para lo siguiente:

- 1) Obtener y evaluar un reporte de mi historial crediticio al momento de ser aceptado en el programa, para ofrecerme consejería en cuanto a vivienda se refiere y con respecto a mi deseo de obtener bienes raíces; y
- 2) Obtener un reporte de mi historial crediticio al momento de Graduación del Programa de IDA
- 3) Obtener una copia de **HUD-1 settlement statement** cuando ejecute la compra de una vivienda proveniente del prestamista que me otorgó el préstamo o de la compañía del título que cerró el préstamo.

Entiendo que la información proporcionada arriba (la información que he proporcionado en esta solicitud, así como también la información en mi historial crediticio) será confidencial. Yo testifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y actualizadas. Entiendo que cualquier distorsión de esta información o falsas declaraciones, pueden resultar en el rechazo de esta solicitud o la expulsión permanente del programa.

(Firma del Solicitante)

(Fecha)

Enviar por correo a la siguiente dirección:

**Atentamente: PHC - IDA
Portland Housing Center
3233 NE Sandy Blvd.
Portland, OR 97232**