



STAFF USE: SS entry _____ (initial when complete)
Notes:

Updated 08/31/22 sn

Formulario de Cliente Nuevo

Me interesa una vivienda en: Bend Redmond Ambos

Ya miré los videos de información en la página web:

Código Video 1: _____ Código Video 2: _____ (verificar)

Este formulario **NO** es una solicitud para el programa de vivienda

Con este formulario favor de entregar 1 copia del talón de pago más reciente o de la verificación de ingresos para cada cliente

INFORMACIÓN DEL CLIENTE TITULAR

Por favor, escriba claramente

Nombre: _____

Primer Nombre

Inicial del Segundo Nombre

Apellido

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Tel.: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Número de Seguro Social (para reporte de crédito provisional) _____ - _____ - _____

Etnia (marque una): Hispano/a o Latino/a No-Hispano/a o Latino/a

Raza (marque una): Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska Asiático/a Negro/a o afroamericano/a
 Hawaiano/a o de otra isla del Pacífico Blanco/a Otro/a
 2 o más razas

Nacionalidad (marque una):

Es ciudadano/a o nacional de los Estados Unidos

Es extranjero/a y residente de los Estados Unidos (*tarjeta verde*)

___ No es ciudadano/a, pero tiene evidencia de su estado de elegibilidad con:

- *Forma I551-Tarjeta de registro de Extranjero (extranjeros residentes permanentes)*
- *Forma I-94, Registro de Llegada-salida*
- *Una decisión judicial final o una carta del DHS que otorgue asilo*

___ Ninguna de las anteriores – *Al no tener estatus migratorio elegible, no se requiere más información y la persona nombrada anteriormente entiende que no es elegible para la selección del programa, pero acepta comenzar el asesoramiento de vivienda mientras cambia el estado migratorio.*

Estado civil (marque uno): ___ Soltero/a ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Separado/a ___ Viudo/a

Género (marque uno): ___ Masculino ___ Femenino ___ Otro **Identidad de género:** (Opcional) _____

Educación (marque una):

- ___ No obtuvo grado de escuela secundaria ___ Grado de escuela secundaria o equivalente
 ___ 2 años de universidad ___ Grado profesional o vocacional
 ___ Maestría ___ Doctorado

¿Alguna de las siguientes situaciones le corresponde? Opcional para la recolección de datos

- ___ Dificultad auditiva (sordo/a o tiene serias dificultades para oír)
 ___ Dificultad visual (ciego/a o tiene serias dificultades para ver, aunque use lentes)
 ___ Dificultad de aprendizaje (Debido a un problema físico, mental o emocional, tener dificultad para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
 ___ Dificultad de movimiento (Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras)
 ___ Dificultad para cuidar de sí mismo/a (Tiene dificultad de bañarse o vestirse por sí mismo/a)
 ___ Víctima de violencia doméstica ___ Recuperándose de la dependencia de sustancias

¿Es veterano/a? ___ Sí ___ No

Situación actual de vivienda (marque una):

- ___ Alquiler ___ Sin hogar ___ Vive con familiares y no paga alquiler
 ___ Vive con amigos o compañeros, comparte la renta

Seguro Médico

¿Actualmente tiene seguro médico? ___ Sí ___ No Si su respuesta es no, indique ¿por qué?

Es la primera vez que compra una vivienda¿Actualmente es dueño/a de una casa, o ha sido dueño/a de una casa en los últimos tres años? Sí No**Situación familiar (marque la que mejor se ajusta a su situación)**

Hogar de madre soltera Hogar de padre soltero Individuo
 Dos o más adultos sin relación familiar Casados/as con hijos Casados/as sin hijos Otro

Tamaño familiar o del hogar: _____ (incluir aquellos que vivirán en el hogar por más de 6 meses al año)

Nombre de dependiente	Fecha de Nacimiento	Género	Etnia: Hispano/a o Latino/a No-Hispano/a o Latino/a	Raza: Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska, Asiático/a, Negro/a o afroamericano/a, Hawaiano/a o de otra isla del Pacífico, Blanco/a, Otro/a, 2 o más razas

¿Todos los dependientes tienen seguro médico? Sí No Si su respuesta es no, indique ¿por qué?¿Hay personas que no dependen de usted que vivirán en su casa? Sí No

Si su respuesta es sí, escriba sus nombres y relación

Relación	Edad	Relación	Edad
----------	------	----------	------

Nota: Todos los adultos mayores de 18 años que viven en el hogar deben presentar documentos financieros para que podamos calcular el nivel de ingresos del hogar.

Referido por (marque todas las opciones que aplican):

Anuncio / Periódico Banco Otra agencia Inmobiliaria: _____ Facebook
 Empleador Personal de Habitat Visita sin cita Familiar o Amigo/a TV /Radio
 Otro: _____

HISTORIA DE EMPLEO CLIENTE TITULAR — ÚLTIMOS DOS AÑOS*Por favor, escriba claramente***Empleador principal:** _____ Tel. Lugar de Trabajo: (____) _____-_____

Cargos

Fecha de Contratación

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Estado laboral (Marque una): ___ Medio Tiempo ___ Tiempo Completo **Horas por periodo de pago** _____**Ingreso mensual bruto (antes de impuestos):** \$ _____**Cómo le pagan (marque uno)** ___ Por Hora: Cuánto por hora: _____

___ Salario: Cuánto por mes: _____

Recibe su pago (marque uno) ___ semanal ___ cada dos semanas ___ dos veces al mes ___ mensualmente

Si es relevante:

Segundo Trabajo: _____ Tel. 2do. Trabajo: (____) _____-_____

Cargos

_____ (años, meses)
Duración del empleo

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Estado laboral (Marque uno): ___ Medio Tiempo ___ Tiempo completo **Horas por periodo de pago** _____**Ingreso mensual bruto (antes de impuestos):** \$ _____**Cómo le pagan (marque uno)** ___ Por Hora: Cuánto por hora: _____

___ Salario: Cuánto por mes: _____

Recibe su pago (marque uno) ___ semanal ___ cada dos semanas ___ dos veces al mes ___ mensualmente

Empleador anterior: _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____
 _____ Duración del empleo (fechas) _____

Cargo _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Estado laboral (marque uno) Medio tiempo Tiempo completo **Horas por período de pago** _____

Ingreso mensual bruto (antes de impuestos): \$ _____

Cómo le pagaron (marque uno) Por Hora: Cuánto por hora: _____

Salario: Cuánto por mes: _____

Recibió su pago (marque uno) semanal cada dos semanas dos veces al mes mensualmente

INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE

Nombre:

Primer nombre

Inicial del Segundo Nombre

Apellido

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

No. de Tel.: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Número de Seguro Social (reporte de crédito provisional) _____ - _____ - _____

Etnia (marque una): Hispano/a o Latino/a No-Hispano/a o Latino/a

Raza (marque una): Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska Asiático/a Negro/a o afroamericano/a
 Hawaiano/a o de otra isla del Pacífico Blanco/a Otro/a
 2 o más razas

Nacionalidad (marque una): Es ciudadano/a o nacional de los Estados Unidos Es extranjero/a y residente de los Estados Unidos (*tarjeta verde*) No es ciudadano/a, pero tiene evidencia de su estado de elegibilidad con:

- *Forma I551-Tarjeta de registro de Extranjero (extranjeros residentes permanentes)*
- *Forma I-94, Registro de Llegada-salida*
- *Una decisión judicial final o una carta del DHS que otorgue asilo*

Ninguna de las anteriores – *Al no tener estatus migratorio elegible, no se requiere más información y la persona nombrada anteriormente entiende que no es elegible para la selección del programa, pero acepta comenzar el asesoramiento de vivienda mientras cambia el estado migratorio.*

Estado civil (marque uno): Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Género (marque uno): Masculino Femenino Otro **Identidad de género:** (Opcional) _____

Educación (marque una): No obtuvo grado de escuela secundaria Grado de escuela secundaria o equivalente 2 años de universidad Grado profesional o vocacional Maestría Doctorado**¿Alguna de las siguientes situaciones le corresponde?** Opcional para la recolección de datos Dificultad auditiva (sordo/a o tiene serias dificultades para oír) Dificultad visual (ciego/a o tiene serias dificultades para ver, aunque use lentes) Dificultad de aprendizaje (Debido a un problema físico, mental o emocional, tener dificultad para recordar, concentrarse o tomar decisiones) Dificultad de movimiento (Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras) Dificultad para cuidar de sí mismo/a (Tiene dificultad de bañarse o vestirse por sí mismo/a) Víctima de violencia doméstica Recuperándose de la dependencia de sustancias**¿Es veterano/a?** Sí No**Relación con el cliente** (marque una): Cónyuge/Pareja Hija/o Hermana/o Novia/o Madre/Padre Otra: _____

HISTORIA DE EMPLEO CO-SOLICITANTE — ÚLTIMOS DOS AÑOS*Por favor, escriba claramente***Empleador principal:** _____ **Tel. Lugar de Trabajo:** (____) _____-__________
Cargo_____
Fecha de Contratación_____
Dirección_____
Ciudad_____
Estado_____
Código Postal**Estado laboral (Marque una):** ___ Medio Tiempo ___ Tiempo Completo **Horas por periodo de pago** _____**Ingreso mensual bruto (antes de impuestos):** \$ _____**Cómo le pagan (marque uno)** ___ Por Hora: Cuánto por hora: _____

___ Salario: Cuánto por mes: _____

Recibe su pago (marque uno) ___ semanal ___ cada dos semanas ___ dos veces al mes ___ mensualmente_____
*Si es relevante:***Segundo Trabajo:** _____ **Tel. 2do. Trabajo:** (____) _____-__________
Cargo_____
Duración del empleo (años, meses)_____
Calle_____
Ciudad_____
Estado Zip Code**Estado laboral (Marque uno):** ___ Medio Tiempo ___ Tiempo completo **Horas por período de pago** _____**Ingreso mensual bruto (antes de impuestos):** \$ _____**Cómo le pagan (marque uno)** ___ Por Hora: Cuánto por hora: _____

___ Salario: Cuánto por mes: _____

Recibe su pago (marque uno) ___ semanal ___ cada dos semanas ___ dos veces al mes ___ mensualmente

Co-Solicitante

Empleador anterior: _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____

_____ Duración del empleo (fechas) _____

Cargo _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Estado laboral (marque uno) ___ Medio tiempo ___ Tiempo completo **Horas por período de pago** _____

Ingreso mensual bruto (antes de impuestos): \$ _____

Cómo le pagan (marque uno) ___ Por Hora: Cuánto por hora: _____

___ Salario: Cuánto por mes: _____

Recibe su pago (marque uno) ___ semanal ___ cada dos semanas ___ dos veces al mes ___ mensualmente

INGRESO FAMILIAR

Ingreso Mensual Bruto Estimado Total Familiar o del Hogar: \$ _____ (incluir los ingresos de todos los adultos mayores de 18 años que viven en el hogar)

Tipo de ingreso (Enumere TODAS las fuentes de ingresos)	TITULAR Cantidad mensual	CO-SOLICITANTE Cantidad mensual	Otros Adultos en la Casa Cantidad mensual
Salario, Sueldo (incluyendo propinas)			
Pensión alimenticia /Manutención infantil (niños menores de 16 años)			
Ingreso por renta			
Ingreso por Seguridad Social SSI / SSDI			
Jubilación/ Ingreso de pensionado			
Asistencia pública (SNAP, Subsidio de renta)			
Ingreso de trabajador independiente			
Ingreso de dependiente de Seguro Social (niños menores de 16 años y/o incapacidad permanente)			
Otra fuente de empleo			
Otro ingreso:			

DINERO EN EFECTIVO, EN CUENTAS O EN INVERSIONES*Por favor escriba claramente*

<i>Por favor escriba el valor aproximado de</i>	TITULAR	CO-SOLICITANTE	Otros adultos en el hogar
Cuenta corriente			
Cuenta de ahorros			
Dinero en efectivo			
Certificados a Término			
Seguridades (acciones, bonos, etc.)			
Plan de pensiones			
Otros fondos de liquidez			

GASTOS DE VIVIENDA

	TITULAR	CO-SOLICITANTE	Otros adultos en el hogar
Alquiler o Renta del inmueble			
Servicios: Energía eléctrica /Gas/Basura			
Internet/Cable			
Otros gastos (ej. almacén de alquiler)			

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN CREDITICIA

Autorizo al personal de consejería de vivienda de Bend-Redmond Habitat for Humanity a:

- (a) Sacar mi/nuestro reporte de crédito (provisional; no impacta su puntaje) para revisar mi/nuestro historial de crédito para consejería de vivienda en conexión con mi interés de obtener un préstamo para adquirir una propiedad;
- (b) Sacar mi/nuestro reporte de crédito (provisional) para obtener información de la solicitud; y
- (c) Obtener una copia de la Declaración de Cierre HUD-1, Valoración, y la Escritura Inmobiliaria cuando yo/nosotros compremos una casa, del prestamista que me/nos aprobó el préstamo y/o de la compañía del título que cerró el préstamo.

Yo/Nosotros entendemos que cualquier representación intencional o negligente de la información contenida en esta solicitud, puede resultar en un proceso civil y/o criminal bajo las provisiones del Título 18, Código de los Estados Unidos, Sección 1001.

 Cliente Titular

 Fecha

 Co-Solicitante

 Fecha

¡Gracias!

**Favor de entregar el formulario a: homeownership@brhabitat.org o
 224 NE Thurston Ave, Bend, OR 97701**