

FOR OFFICE USE ONLY
Family Size
Annual Income
Deductions
Debt
SS PHII C I D O CM

Home Ownership Program Phase 1 Application

SOLICITANTE (Escriba su nombre que figura en su actual forma de identificación):		SS#	Fecha de nacimiento
Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Vet/Militar: _____ Estado civil _____ Raza/Etnicidad: _____ Educación: _____			
CO- SOLICITANTE (Escriba su nombre que figura en su actual forma de identificación):		SS#	Fecha de nacimiento
Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Vet/Militar: _____ Estado civil _____ Raza/Etnicidad: _____ Educación: _____			
Domicilio:		Ciudad:	Codigó postal:
Teléfono de casa		Teléfono de trabajo	Teléfono celular

INFORMACIÓN FINANCIER

Añadir bruta mensual total de ingresos (antes de impuestos) para solicitante(s) y los miembros del hogar. (Salario bruto, Sustento de menores, Pensiones, Seguridad Social, Discapacidad, TANF, VA, IHSS, etc.)
 Cuál es el ingreso Mensual Bruto de su Hogar ? :\$ _____

_Nombre(s) de los miembros del hogar y sus ingresos si	Relación	Edad	Fecha de Nacimiento	Estudiante de Tiempo	Discapacitado Sí-No	Fuente de Ingreso	Cantidad	Cada Semana	Mensual
SOLICITANTE									
CO-SOLICITANTE									

ENUMERAR LOS PAGOS MENSUALES PARA SOLICITANTE(S) SOLAMENTE

Pagos Mensuales

Automóvil \$ _____ Meses aproximados que quedan por pagar: _____

Tarjetas de crédito mínmos 1.\$ _____ 2. \$ _____ 3. \$ _____

Estudiante/Prestamos 1.\$ _____ 2. \$ _____

Personales

Cuidado infantil con licencia \$ _____

Manutención de los hijos \$ _____

Renta \$ _____

Bancarrota Sí No ¿Fecha de salida?: _____ Colecciones Sí No Juicios Sí No

Como se enteró del programa? Por favor circulo uno. Familia Amigos Periódico Radio Miembro del Personal del Gobierno
 Prestamistas Departamento de Servicios Sociales Facebook Clientes Antiguos Otros _____

Firma del Solicitante

Fecha

Firma Co-Solicitante

Fecha

This institution is an equal opportunity provider, and employer