



**Pre-Screening Process**

CHIP se comunicará con usted tan pronto su pre-solicitud sea revisada. Por favor tenga paciencia. Para avanzar en el proceso de revisión, usted deberá completar toda la información y enviarla con la documentación correspondiente. Comuniquenos por escrito si cambia de dirección, teléfono, o alguna otra información.

Todo empleado de CHIP, miembro de la mesa directiva, de la asociación o familiares de los mencionados necesitan someter una petición por escrito con su solicitud. La solicitud será suspendida hasta recibir aprobación del CEO/Presidente.

**ENVIE COPIAS SOLAMENTE / TODAS LAS COPIAS DEBERAN SER LEGIBLES**

Giro (money order) de \$30 por cada solicitante soltero y \$43 por pareja casada a nombre de CHIP para el reporte de credito.

**NO ACEPTAMOS CHEQUES.**

Copias de talones de cheques por los últimos 2 meses, para todo miembro de familia que tenga ingreso.

Copias de los dos lados de indentificación con foto, por ejemplo licencia de manejar o targeta de residencia permanente.

Copias de formas 1040 y W-2 de los impuestos por los últimos 2 años de todos los solicitantes. Si usted no ah declarado impuestos, por favor incluya una carta explicando la razón por la cual no declaró. **NO ENVIE ORIGINALES**

Copias de los Estados de Cuenta Bancarias de los últimos 2 meses. Para todos los Solicitantes.

Sin no tiene cuentas bancarias favor de marcar aqui:  No tengo duentas de banco.

Copias de Evidencia de Beneficios por los últimos 12 meses para todo miembro de la familia que reciba un beneficio.

**Incluye:** Desempleo, Incapacidad, Seguro Social, Seguro Social Suplementario (SSI),

Califresh, Calworks, Cash Aide, Compensación al Trabajador, Ingreso Militar, Beneficios de Veterano.

Copias de los horarios de escuela para miembros de la familia de 18 años o mayor.

**SOLICITANTE**

Nombre / Inicial de Segundo Nombre / Apellido

**CO-SOLICITANTE (ESPOSA U OTRA PERSONA)**

Nombre / Inicial de Segundo Nombre / Apellido

Número de Seguro Social ( ) ( )

Número de Seguro Social ( ) ( )

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Edad Años de Escuela

Fecha de Nacimiento Edad Años de Escuela

Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a),  
 Separado(a) divorciado(a), Viudo(a)

Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a),  
 Separado(a) divorciado(a), Viudo(a)

¿Es usted Ciudadano Estadounidense?  Si  No

¿Es usted Ciudadano Estadounidense?  Si  No

¿Es usted Residente Permanente en los EE.UU.?  Si  No

¿Es usted Residente Permanente en los EE.UU.?  Si  No

Si contesto "Si" provee una copia de los dos lados de su permiso/tarjeta de residencia.

Si contesto "Si" provee una copia de los dos lados de su permiso/tarjeta de residencia.

Numero de Dependientes \_\_\_\_\_ (no incluya al co-solicitante)

¿Paga cuidado de niños?  Si  No ¿Si si, cuanto? \$ \_\_\_\_\_ / mes

Edad de Niños \_\_\_\_\_ Edad de Niñas \_\_\_\_\_

¿Recibe sustento de niños (child support)?  Si si, cuanto? \$ \_\_\_\_\_ / mes

¿Tamaño de casa que prefiere?  3 recamaras / 2 baños

4 recamaras / 2 baños  5 recamaras / 2 baños

**Domicilio Actual (se necesita 2 años)**

**Domicilio Anterior**

¿Cuanto Tiempo tiene viviendo en este domicilio?

¿Cuanto Tiempo tiene viviendo en este domicilio?

\_\_\_\_Años \_\_\_\_\_Meses

\_\_\_\_Años \_\_\_\_\_Meses

Dueño  Inquilino \$ \_\_\_\_\_ Renta Mensual

Dueño  Inquilino \$ \_\_\_\_\_ Renta Mensual

Domicilio Actual: número y calle

Domicilio Actual: número y calle

Ciudad / Estado / Código Postal

Ciudad / Estado / Código Postal

**Domicilio donde recibe correspondencia:**

**Arrendador Actual (historial de 2 años)**

**Arrendador Anterior**

Nombre de Arrendador Actual

Número de Teléfono ( ) ( )

Nombre de Arrendador Anterior

Número de Teléfono ( ) ( )

Domicilio Postal del Arrendador Actual

Domicilio Postal del Arrendador Anterior

Ciudad / Estado / Código Postal

Ciudad / Estado / Código Postal

**Empleo Actual de Solicitante**

**Empleo Actual de Co-Solicitante**

**IMPORTANTE: Si trabaja para más de un empleador por favor de anotar todo el empleo planeado para el año. Tambien si tiene menos de 2 años en su trabajo actual complete la sección de empleo anterior.**

¿Es trabajador(a) de agricultura?  Si  No

¿Es trabajador(a) de agricultura?  Si  No

Compañía

Compañía

Teléfono ( ) ( ) Fax ( ) ( )

Teléfono ( ) ( ) Fax ( ) ( )

Domicilio

Domicilio

Ciudad / Estado / Código Postal

Ciudad / Estado / Código Postal

Fecha de empleo: ¿Cuantos meses al año?

Fecha de empleo: ¿Cuantos meses al año?

Ocupación: Ingreso Bruto Mensual

Ocupación: Ingreso Bruto Mensual

Compañía

Compañía

Teléfono ( ) ( ) Fax ( ) ( )

Teléfono ( ) ( ) Fax ( ) ( )

Domicilio

Domicilio

Ciudad / Estado / Código Postal

Ciudad / Estado / Código Postal

Fecha de empleo: ¿Cuantos meses al año?

Fecha de empleo: ¿Cuantos meses al año?

Ocupación: Ingreso Bruto Mensual

Ocupación: Ingreso Bruto Mensual

Empleo Anterior		Empleo Anterior	
Compañía Anterior	Compañía Anterior	Compañía Anterior	Compañía Anterior
Teléfono ( ) Fax ( )	Fax ( )	Teléfono ( )	Fax ( )
Domicilio	Domicilio	Domicilio	Domicilio
Ciudad / Estado / Código Postal	Ciudad / Estado / Código Postal	Ciudad / Estado / Código Postal	Ciudad / Estado / Código Postal
Fecha de empleo:	Fecha que termino:	Fecha de empleo:	Fecha que termino:
Ocupación:	Ingreso Bruto Mensual:	Ocupación:	Ingreso Bruto Mensual:
Compañía Anterior	Compañía Anterior	Compañía Anterior	Compañía Anterior
Teléfono ( ) Fax ( )	Fax ( )	Teléfono ( )	Fax ( )
Domicilio	Domicilio	Domicilio	Domicilio
Ciudad / Estado / Código Postal	Ciudad / Estado / Código Postal	Ciudad / Estado / Código Postal	Ciudad / Estado / Código Postal
Fecha de empleo:	Fecha que termino:	Fecha de empleo:	Fecha que termino:
Ocupación:	Ingreso Bruto Mensual:	Ocupación:	Ingreso Bruto Mensual:

**Otro Ingreso Durante El Año**  
**Reporte cualquier otro ingreso que usted recibe como: Desempleo, incapacidad, CalFresh, CalWorks, Cash Aide, Seguro Social, sustento para niños, Seguro Social Suplemental (SSI), Compensación al Trabajador, Ingreso Militar, Beneficios de Veterano, Ingreso del Banco por Intereses o Inversiones.**

Nombre de quien lo recibe	Tipo de Beneficio	Nombre de quien lo recibe	Tipo de Beneficio
Cantidad Recibida \$	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal	Cantidad Recibida \$	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal
Nombre de quien lo recibe	Tipo de Beneficio	Nombre de quien lo recibe	Tipo de Beneficio
Cantidad Recibida \$	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal	Cantidad Recibida \$	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal

**ESTAS PREGUNTAS DEBERAN SER CONTESTADAS POR TODOS LOS SOLICITANTES**

¿Language preferido?	Escrito	Hablado
¿Es usted dueño de una casa mobil?	SI NO	¿Si si, es dueño(a) de la propiedad?
¿Ha sido dueño de casa en los últimos 3 años?	SI NO	SI NO
¿Ha declarado bancarrota en los últimos 3 años?	SI NO	SI NO
¿Ha perdido propiedad por falta de pago?	SI NO	SI NO
¿Ha firmado usted para que otra persona obtenga crédito?	SI NO	SI NO
¿Es usted parte de algún juicio legal?	SI NO	SI NO
¿Está usted obligado a pagar pensión por separación o divorcio, sustento de niños (child support)?	SI NO	SI NO
¿Si si, cuanto por mes?		
¿Es usted empleado de CHIP?	SI NO	SI NO
¿Es usted familiar de un empleado de CHIP?	SI NO	SI NO
¿Si si, nombre de empleado?		
¿Quiere usted ser considerado para un ajuste de ingresos de casa a causa de una condición fisica?	SI NO	SI NO
¿Nombre de la persona(s) de la casa que le permitan esta deducción?		

El programa de Construcción de Ayuda Mutua requiere 30 horas de participación por semana en la construcción de las casas.

**Favor de poner iniciales:** Solicitante \_\_\_\_\_ Co-Solicitante \_\_\_\_\_

<b>Firma del Solicitante</b>	Firmando, doy autorización a CHIP de hacer mi reporte de crédito.	<b>Fecha</b>
<b>Firma del Co-Solicitante</b>	Firmando, doy autorización a CHIP de hacer mi reporte de crédito.	<b>Fecha</b>

**Información Opcional en Cuanto Estado Étnico, Raza y Sexo:**

La información relacionada ala designación de raza, sexo, y estado étnico requerida en esta solicitud es solicitada por el Gobierno Federal que esta actuando a través del Rural Housing Service para asegurarse que se respeten las leyes Federals que prohíben la discriminación en contra de inquilinos(as) en base de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, estado familiar edad, e incapacidad. Usted no está obligado(a) a proporcionar esta información, pero le animamos a hacerlo. Esta informació no será usada en la evaluación de su solicitud o lo(a) describirá de ninguna forma. Sin embargo si usted prefiere no proporcionar esta información, estamos obligados a anotar la raza, estado étnico, y sexo de los solicitantes en base a una observación visual o por el apellido.

**Solicitante:**  No deseo proporcionar esta información. **Co-Solicitante:**  No deseo proporcionar esta información.

**Ethnicity:** **Sexo:**

**Solicitante:**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Femenino  Masculino

**Co-Solicitante:**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Femenino  Masculino

**Solicitante:**  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Africano Americano  
 Hawaiano y Otro Pacifico Islandés  Blanco  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Solicitante:**  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Africano Americano  
 Hawaiano y Otro Pacifico Islandés  Blanco  Otro (especifique) \_\_\_\_\_



Community Housing Improvement Program, Inc. is an Equal Opportunity provider and employer.



**United States Department of Agriculture  
Rural Development  
Rural Housing Service**

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

TO: \_\_\_\_\_

RE: \_\_\_\_\_  
Account or Other Identifying Number

\_\_\_\_\_  
Name of Customer

I have applied for or obtained a loan or grant from the Rural Housing Service (RHS), part of the Rural Development mission area of the United States Department of Agriculture. As part of this process or in considering me for interest credit, payment assistance, or other servicing assistance on such loan, RHS may verify information contained in my request for assistance and in other documents required in connection with the request.

I authorize you to provide to RHS for verification purposes the following applicable information:

- Past and present employment or income records.
- Bank account, stock holdings, and any other asset balances.
- Past and present landlord references
- Other consumer credit references.

If the request is for a new loan or grant, I further authorize RHS to order a consumer credit report and verify other credit information.

I understand that under the Right to Financial Privacy Act of 1978, 12 U.S.C. 3401, et seq., RHS is authorized to access my financial records held by financial institutions in connection with the consideration or administration of assistance to me. I also understand that financial records involving my loan and loan application will be available to RHS without further notice or authorization, but will not be disclosed or released by RHS to another Government agency or department or used for another purpose without my consent except as required or permitted by law.

This authorization is valid for the life of the loan.

The recipient of this form may rely on the Government's representation that the loan is still in existence.

The information RHS obtains is only to be used to process my request for a loan or grant, interest credit, payment assistance, or other servicing assistance. I acknowledge that I have received a copy of the Notice to Applicant Regarding Privacy Act Information. I understand that if I have requested interest credit or payment assistance, this authorization to release information will cover any future requests for such assistance and that I will not be renotified of the Privacy Act information unless the Privacy Act information has changed concerning use of such information.

**A copy of this authorization may be accepted as an original.**

Your prompt reply is appreciated.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless as displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0575-0172. The time required to complete this information collection is estimated to average 5 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information.*

*RHS Is An Equal Opportunity Lender*

**SEE ATTACHED PRIVACY ACT NOTICE**

**Please list all household members:**

Por favor ponga en lista las personas que viviran en casa:

NAME (First, Last) Nombre (Primer, Apellido)	Age Edad	RELATIONSHIP TO APPLICANT(S) Relacion al solicitante

\_\_\_\_\_  
**APPLICANT / SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**DATE / FECHA**

\_\_\_\_\_  
**CO APPLICANT / CO-SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**DATE / FECHA**

\_\_\_\_\_  
**CO APPLICANT / CO-SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**DATE / FECHA**