



Pre-Screening Process

CHIP se comunicará con usted tan pronto su pre-solicitud sea revisada. **Por favor sea paciente.** Para avanzar en el proceso de revisión, usted debera 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 \$39 por cada solicitante soltero y \$57 por pareja casada a nombre de CHIP para el reporte de credito. **NO ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO O CHEQUES.**
- Copias de talones de cheques de todo adulto que cubra los últimos 2 meses.
- Copias de los dos lados de indentificación con foto y targeta de residencia permanente si es aplicable.
- Copias firmadas de las formas 1040, Schedule C, W-2's y 1099's de los impuestos por los últimos 2 años de todo solicitante. Si no ha declarado impuestos, por favor incluya una explicacion firmada. **NO ENVIE ORIGINALES.**
- Copias de los Estados de Cuenta Bancarias de los últimos 2 meses para toda cuenta abierta por los solicitantes. Si no tiene cuentas bancarias favor de marcar aqui: _____ No tengo cuentas de banco.
- Copia de la Carta de Evidencia de Beneficios (AWARD LETTER) para todo miembro de la familia que reciba un beneficio. Incluye: Desempleo, Incapacidad, Seguro Social, Seguro Social Suplementario (SSI), Calfresh, Calworks, Cash Aide, Compensación al Trabajador, Ingreso Militar, Beneficios de Veterano, etc.
- Copias de lista de clases de escuela para miembros de la familia de 18 años o mayor.

SOLICITANTE

CO-SOLICITANTE (PAREJA O OTRA PERSONA)

Nombre / Inicial de Segundo Nombre / Apellido	Nombre / Inicial de Segundo Nombre / Apellido
---	---

Número de Seguro Social - - - - -	Número de Teléfono () - - - - -	Número de Seguro Social - - - - -	Número de Teléfono () - - - - -
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

Correo Electronico: _____	Correo Electronico: _____
---------------------------	---------------------------

Fecha de Nacimiento	Edad	Años de Escuela	Fecha de Nacimiento	Edad	Años de Escuela
---------------------	------	-----------------	---------------------	------	-----------------

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a), <input type="checkbox"/> Separado(a) divorciado(a), Viudo(a)	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a), <input type="checkbox"/> 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? Escoja uno: 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? _____ Años _____ Meses <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Inquilino \$ _____ Renta Mensual	¿Cuanto Tiempo tiene viviendo en este domicilio? _____ Años _____ Meses <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Inquilino \$ _____ Renta Mensual
--	--

Domicilio Actual: número y calle	Domicilio Actual: número y calle
----------------------------------	----------------------------------

Ciudad / Estado / Código Postal	Ciudad / Estado / Código Postal
---------------------------------	---------------------------------

Domicilio donde quiere recibir 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. También 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 / Codigo Postal:	Ciudad / Estado / Codigo 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 / Codigo Postal:	Ciudad / Estado / Codigo 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:	
Teléfono ()	Fax ()	Teléfono ()	Fax ()
Domicilio:		Domicilio:	
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:	
Teléfono ()	Fax ()	Teléfono ()	Fax ()
Domicilio:		Domicilio:	
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 Recibido Durante El Año de Todo Adulto

Incluye: Desempleo, Incapacidad, Sustento de niño o pareja (child support o alimony), forma de impuesto "Schedule C" si trabaja en su propio negocio, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), CalFresh, Cash Aide, Compensación de trabajador. Ingreso Militar, Beneficios de Veterano, etc.

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
¿Es actualmente dueño(a) de cualquier propiedad/terreno?	SI	NO
¿Ha sido dueño de casa en los últimos 3 años?	SI	NO
¿Ha declarado bancarrota en los últimos 3 años?	SI	NO
¿Ha perdido propiedad por falta de pago?	SI	NO
¿Ha firmado (co-sign) usted para que otra persona obtenga crédito?	SI	NO
¿Es usted parte de algún juicio legal?	SI	NO
¿Está usted obligado a pagar sustento de parejo, sustento de niños (child support), o mantenimiento separado?	SI	NO
¿Si si, cuanto por mes? _____		
¿Es usted empleado de CHIP?	SI	NO
¿Es usted familiar de un empleado de CHIP?	SI	NO
¿Si si, quien? _____		
¿Quiere usted ser considerado para un ajuste de ingresos de casa a causa de una condición física?	SI	NO

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 _____

Firma de Solicitante	Firmando, doy autorización a CHIP de hacer reporte de crédito.	Fecha
Firma de Co-Solicitante	Firmando, doy autorización a CHIP de hacer reporte de crédito.	Fecha

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 Federales 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) descriminará de ninguna forma. Sin embargo si usted prefiere no proporcionar esta información, estamos obligdos 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:		Genero:	
Solicitante:	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Co-Solicitante:	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Solicitante:	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano y Otro Pacifico Islandés	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Co-Solicitante:	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> H Ingreso Bruto Mensual:	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____



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

