

Programa de Camino para ser Propietario de Vivienda

Período de solicitud abierta es del 12 de Noviembre al 15 de Diciembre de 2022

¡Saludos!

¡Bienvenido a Garland County Habitat for Humanity! Adjunto encontrará la Solicitud 2022, que incluye una **lista de verificación** de todo lo que necesitará entregar, para ser considerado en nuestro Programa de Camino para ser Propietario de Vivienda.

Se requiere una cita con la Oficina de Administración para presentar las solicitudes.

- Las solicitudes solo pueden presentarse en persona en la Oficina de Administración.
 - Teléfono: 501-623-5600
 - Dirección: 240 Hobson Ave, Hot Springs, AR 71913
 - Correo electrónico: program@garlandcountyhabitat.org
- Solo envíe fotocopias de la documentación requerida (es decir, declaraciones de impuestos, recibos de pago, facturas, etc.).
 - NO se pueden hacer fotocopias en la Oficina de Administración
 - NO se pueden devolver documentos enviados
 - NO se pueden devolver las solicitudes enviadas
- Solo se pueden considerar las solicitudes completas.
- Revise todos los requisitos del programa antes de enviar la solicitud.

Póngase en contacto con nuestra oficina si tiene alguna pregunta.

Sinceramente,



Cindy Wagstaff,
Directora Ejecutiva



Garland County Habitat for Humanity				
Family Selection 2022				
INCOME LIMITS / REQUISITOS DE INGRESOS MEDIO				
Family Size	Yearly / por año		Monthly / por mes	
Numero de Personas	No Less Than	No More Than	No Less Than	No More Than
	No menos	No mas	No menos	No mas
1	\$12,720	\$25,440	\$1,060	\$2,120
2	\$14,520	\$29,040	\$1,210	\$2,420
3	\$16,350	\$32,700	\$1,363	\$2,725
4	\$18,150	\$36,300	\$1,513	\$3,025
5	\$19,620	\$39,240	\$1,635	\$3,270
6	\$21,060	\$42,120	\$1,755	\$3,510
7	\$22,500	\$45,000	\$1,875	\$3,750
8	\$23,970	\$47,940	\$1,998	\$3,995

* Social Security Benefits, Disability Benefits, Alimony Payments, and Child Support payments should be figured into total income. / * Beneficios de seguro social, beneficios de minusvalidez, pensión por orden de corte, y pagos de apoyo para menores deben ser incluidos en la cifra total.
 Source: hud.gov



Noviembre/Diciembre 2022

Lista de verificación de solicitud

Gracias por su interés en ser un propietario con Hábitat para la Humanidad. *Por favor, siga estas instrucciones cuidadosamente.*

● Llene cada parte de la aplicación completamente. Debe adjuntar copia de las últimas facturas o recibos para los siguientes: Por favor utilice esta lista para marcar los elementos que ha incluido con esta solicitud.

Alquiler

Cuentas

recibo de agua

recibo de la luz

factura de gas

factura de teléfono/teléfono celular

factura de cable

factura de internet

Pago de coche

Seguro

Tarjetas de crédito

Cuidado de niños

Manutención (que usted paga)

Otros pagos

préstamos estudiantiles

honorarios a abogado

pagos médicos o el hospital

● Es necesario documentar todas las fuentes de ingresos para el año 2022. Por favor adjunte verificación de lo siguiente, si es aplicable a su situación.

Si es empleado: copia de los 2 últimos recibos de pago o una copia del registro del empleador para todos los solicitantes mencionados en esta solicitud

Verificación de los ingresos de Seguridad Social (esto se puede conseguir en la oficina de la Seguridad Social)

Verificación de todas las otras fuentes de ingresos, tales como:

Pensión alimenticia

Manutención (por corte)

S.N.A.P. (Cupones de alimentos)

Pensión de retiro, etc.

Una copia de su declaración de impuestos federal y estatal para el año 2021

● Puede adjuntar cartas de referencia de los empleadores, propietarios, pastores, etc., si usted cree que nos ayudará a entender mejor su situación familiar.

● **Fecha límite: Jueves 15 Diciembre, a las 12:00 PM. Se aceptan solicitudes solo con cita previa. Llame para asegurar su cita antes del 15 de Diciembre: llame al 501-623-5600.**

● **Su firma en el formulario de solicitud da permiso a Hábitat para la Humanidad para llevar a cabo una comprobación de crédito y una verificación de antecedentes penales.**

Cualquier información entregada se mantendrá en confianza. Hábitat para la Humanidad no discrimina por raza, sexo, color, edad, capacidad, religión, nacionalidad, situación familiar, estado civil, o porque todo o parte de los ingresos son de cualquier programa de asistencia.



Garland County Habitat for Humanity
 240 Hobson Ave.
 Hot Springs, AR 71913
 501-623-5600 | garlandcountyhabitat.org

Solicitud: 2022

Programa de Propiedad de Vivienda de Hábitat



Estamos comprometidos con la letra y el espíritu de la política de Estados Unidos para el logro de la igualdad de oportunidades de vivienda en toda la nación. Alentamos y apoyamos un programa afirmativo de publicidad y comercialización en el que no existen barreras para obtener vivienda debido a la raza, el color, la religión, el sexo, la discapacidad, la situación familiar o el origen nacional.

Estimado Solicitante: Complete esta solicitud para el programa de propiedad de vivienda de Hábitat para la Humanidad de manera veraz, completa y precisa.

- Tipo de crédito**
- Estoy solicitando un **crédito individual**.
 - Estoy solicitando un **crédito conjunto**. Cantidad total de prestatarios: _____
 - Cada prestatario tiene la intención de solicitar un crédito conjunto. **Sus iniciales:** _____

1A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicitante	Cosolicitante																																																
Nombre del solicitante: _____ Nombres alternativos y anteriores: _____ _____	Nombre del cosolicitante: _____ Nombres alternativos y anteriores: _____ _____																																																
Número del Seguro Social _____ Teléfono particular (____) _____ Teléfono celular (____) _____ Teléfono laboral (____) _____ Edad _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> No casado(a) (soltero[a], divorciado[a], viudo[a], unión civil, unión de hecho, relación de beneficiario recíproco registrado)	Número del Seguro Social _____ Teléfono particular (____) _____ Teléfono celular (____) _____ Teléfono laboral (____) _____ Edad _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> No casado(a) (soltero[a], divorciado[a], viudo[a], unión civil, unión de hecho, relación de beneficiario recíproco registrado)																																																
Dependientes y otros que residirán con usted: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nombre</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 10%;">Masculino</th> <th style="width: 10%;">Femenino</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Nombre	Edad	Masculino	Femenino	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependientes y otros que residirán con usted (no incluidos por el cosolicitante): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nombre</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 10%;">Masculino</th> <th style="width: 10%;">Femenino</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Nombre	Edad	Masculino	Femenino	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre	Edad	Masculino	Femenino																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Nombre	Edad	Masculino	Femenino																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Dirección actual (calle, ciudad, estado, código postal): <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Alquiler _____ _____ Cantidad de años: _____	Dirección actual (calle, ciudad, estado, código postal): <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Alquiler _____ _____ Cantidad de años: _____																																																
Si ha residido en la dirección actual durante menos de dos años, complete lo siguiente para todas las direcciones durante los últimos dos años:																																																	
Dirección(es) anterior(es) (calle, ciudad, estado, código postal): <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Alquiler _____ _____ Cantidad de años: _____	Dirección(es) anterior(es) (calle, ciudad, estado, código postal): <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Alquiler _____ _____ Cantidad de años: _____																																																

SOLO PARA USO DE LA OFICINA - NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Fecha de recepción: _____
Fecha de aviso de la carta de solicitud incompleta: _____
Fecha de la carta de acción adversa: _____

Fecha de la aprobación del comité de selección: _____
Fecha de aprobación de la directiva: _____
Fecha del acuerdo en alianza: _____

1B. SERVICIO MILITAR

¿Usted (o su cónyuge fallecido) sirvió, o actualmente está sirviendo, en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?
(Ejército, Cuerpo de Marines, Marina, Fuerza Aérea, Fuerza Espacial, Guardia Costera, Reserva o Guardia Nacional) Sí No

Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:

- Actualmente en servicio activo con fecha de terminación proyectada de servicio/comisión ____/____/____ (dd/mm/aaaa)
- Actualmente jubilado, retirado o separado del servicio
- El único período de servicio fue como miembro no activo de la Reserva o la Guardia Nacional
- Cónyuge sobreviviente

¿Alguien más en su hogar está sirviendo, o sirvió, en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:

- Actualmente en servicio activo con fecha de terminación proyectada de servicio/comisión ____/____/____ (mm/dd/aaaa)
- Actualmente jubilado, retirado o separado del servicio
- El único período de servicio fue como miembro no activo de la Reserva o la Guardia Nacional

2. DISPOSICIÓN DE SER ALIADO

Para ser considerado para el programa de propiedad de vivienda de Hábitat, usted y los miembros de su hogar deben estar dispuestos a completar una cierta cantidad de horas de "aportación de mano de obra propia", que pueden incluir horas dedicadas a ayudar a construir su vivienda y las viviendas de otras personas, asistir a clases de propiedad de vivienda u otras actividades aprobadas.

ESTOY DISPUESTO A COMPLETAR LAS HORAS DE APORTACIÓN DE MANO DE OBRA PROPIA REQUERIDAS:

	Sí	No
Solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cosolicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. CONDICIONES ACTUALES DE VIVIENDA

Actualmente, usted: Alquila No paga alquiler Tiene vivienda propia

Número de dormitorios (marque con un círculo): 1 2 3 4 5

Otras habitaciones en el lugar donde vive actualmente: Cocina Baño Sala de estar Comedor

Otro (describa): _____

En el espacio a continuación, describa el estado de la casa o el apartamento donde vive. ¿Por qué necesita una casa de Hábitat?

Si alquila su residencia actual, proporcione una copia de su arrendamiento y una copia del recibo de pago más reciente, estado de cuenta bancario o cheque de alquiler cancelado para demostrar el pago del alquiler.

Nombre, dirección y número de teléfono del arrendador actual: _____

4. INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

No poseo ningún bien inmueble (pase a la Sección 5).

Si usted es propietario de su residencia, ¿cuál es el pago mensual de su hipoteca (incluidos impuestos, seguro, etc.)?

\$ _____/mes Saldo sin pagar \$ _____

¿Es propietario de un terreno que no sea su residencia?

No Sí

Pago mensual (incluidos impuestos, seguro, etc.)

\$ _____

Si desea que su propiedad sea considerada para construir su vivienda de Hábitat, adjunte la escritura, cualquier evaluación existente e información sobre cualquier gravamen.
Nota: Se aplicará un proceso de aprobación por separado con respecto a dichas solicitudes, ya que cada parcela de tierra es única y puede no ser adecuada para que en ella se construya a través del programa de Hábitat.

5. INFORMACIÓN DE EMPLEO

Solicitante

Cosolicitante

No se aplica.

No se aplica.

Nombre y dirección del empleador **ACTUAL:**

Fecha de inicio
(dd/mm/aaaa):

Salarios anuales (brutos):
\$

Tipo de negocio:

Teléfono de la empresa:

Nombre y dirección del empleador **ACTUAL:**

Fecha de inicio
(dd/mm/aaaa):

Salarios anuales (brutos):
\$

Tipo de negocio:

Teléfono de la empresa:

Si labora en el trabajo actual menos de un año, completar la siguiente información.

Nombre y dirección del empleador **ANTERIOR:**

Años en este trabajo:

Salarios anuales (brutos):
\$

Tipo de negocio:

Teléfono de la empresa:

Nombre y dirección del empleador **ANTERIOR:**

Años en este trabajo:

Salarios anuales (brutos):
\$

Tipo de negocio:

Teléfono de la empresa:

Marque si usted es el propietario de la empresa o si trabaja por cuenta propia.

Tengo una participación de propiedad de menos del 25 %.

Tengo una participación de propiedad del 25 % o más.

Ingreso (o pérdida) mensual \$ _____

PARA TENER EN CUENTA: A los solicitantes que trabajan por cuenta propia se les exigirá que proporcionen documentos adicionales, como declaraciones de impuestos y estados financieros.

6. INGRESO MENSUAL

Fuente de ingresos	Solicitante	Cosolicitante	Otros en la familia	Total
Salario/sueldo (bruto)	\$	\$	\$	\$
TANF	\$	\$	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$	\$	\$
Manutención de los hijos	\$	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
SSI	\$	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$	\$
Vale de vivienda (p. ej., Sección 8)	\$	\$	\$	\$
Beneficios por desempleo	\$	\$	\$	\$
Compensación como veterano	\$	\$	\$	\$
Jubilación (p. ej., pensión)	\$	\$	\$	\$
Privilegios militares	\$	\$	\$	\$
Otro: _____	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

MIEMBROS DE LA FAMILIA CUYO INGRESO ESTÁ EN LA LISTA ANTERIOR

Nombre	Fuente de ingresos	Ingreso mensual	Fecha de nacimiento

7. FUENTE DE PAGO INICIAL Y COSTOS DE CIERRE

¿De dónde obtendrá el dinero para hacer el pago inicial o pagar los costos de cierre (por ejemplo, ahorros u obsequios de un familiar u otros; cualquier subsidio que tenga o que pretenda solicitar)? Si usted pide prestado el dinero, ¿a quién se lo pedirá y cómo lo devolverá?

8. ACTIVOS

Tipo de activo y nombre del banco, ahorros y préstamos, cooperativa de crédito, cuenta de jubilación, etc. (No incluya terrenos aquí).	Dirección	Ciudad, estado	Código postal	Número de cuenta	Saldo actual/valor/monto con derechos adquiridos (si corresponde)
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

9. PASIVOS Y GASTOS

¿A QUIÉN LE DEBE DINERO?	Solicitante			Cosolicitante		
	Cuenta	Pago mensual	Saldo sin pagar	Meses restantes para pagar	Pago mensual	Saldo sin pagar
Préstamo para automóviles	\$	\$		\$	\$	
Cuota (p. ej., embarcación, préstamo personal)	\$	\$		\$	\$	
Arrendamiento (p. ej., muebles, electrodomésticos, incluye alquiler con opción a compra)	\$	\$		\$	\$	
Pensión alimenticia/mantenimiento por separación	\$	\$		\$	\$	
Manutención de los hijos	\$	\$		\$	\$	
Deudas revolventes (p. ej., tarjetas de crédito)	\$	\$		\$	\$	
Deuda de préstamo estudiantil	\$	\$		\$	\$	
Abierta a 30 días (el saldo se paga mensualmente, p. ej., tarjeta de viaje)	\$	\$		\$	\$	
Deuda médica	\$	\$		\$	\$	
Otra	\$	\$		\$	\$	
Otra	\$	\$		\$	\$	
Total	\$	\$		\$	\$	

GASTOS MENSUALES

Cuenta	Solicitante	Cosolicitante	Total
Alquiler	\$	\$	\$
Servicios públicos (electricidad, agua, gas)	\$	\$	\$
Seguro (alquiler, automóvil, salud, etc.)	\$	\$	\$

12. DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE EVALUACIÓN

Esta carta es para notificarle que si usted califica para el programa de propiedad de vivienda y completa los requisitos del programa, podemos solicitar una evaluación para determinar el valor de una vivienda que usted puede ser elegible para comprar, y podemos cobrarle por esta evaluación. Al finalizar la evaluación, le daremos de manera oportuna una copia a usted, incluso si no se concluye el préstamo.

Nombre del solicitante _____

Nombre del cosolicitante _____

13. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

SÍRVASE LEER ESTA DECLARACIÓN ANTES DE COMPLETAR EL CUADRO A CONTINUACIÓN:

El propósito de recopilar esta información es ayudar a garantizar que todos los solicitantes sean tratados de manera justa, que se satisfagan las necesidades de vivienda de las comunidades y los vecindarios y, por otra parte, evaluar nuestros programas e informar a nuestros financiadores. Para los préstamos hipotecarios residenciales, la ley federal exige que les pidamos a los solicitantes su información demográfica (origen étnico, sexo y raza) para monitorear nuestro cumplimiento con las leyes de igualdad de oportunidades de crédito, vivienda justa y divulgación de hipotecas para vivienda. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero le animamos a hacerlo. Puede seleccionar una o más designaciones para "Origen étnico" y una o más designaciones para "Raza". La ley dispone que no podemos discriminar con base en esta información, o sobre si usted decide proporcionarla o no. Sin embargo, si decide no proporcionar la información y ha realizado esta solicitud en persona, las reglamentaciones federales nos exigen que anotemos su origen étnico, sexo y raza sobre la base de la observación visual o el apellido. La ley también establece que no podemos discriminar por motivos de edad o estado civil que usted proporcione en esta solicitud. Si no desea proporcionar una parte o la totalidad de esta información, marque a continuación.

Solicitante	Cosolicitante
<p>Origen étnico (marque una casilla o más):</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro hispano o latino – <i>Origen:</i> _____ <i>Por ejemplo: argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo proporcionar esta información</p>	<p>Origen étnico (marque una casilla o más):</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro hispano o latino – <i>Origen:</i> _____ <i>Por ejemplo: argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo proporcionar esta información</p>
<p>Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No deseo proporcionar esta información</p>	<p>Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No deseo proporcionar esta información</p>
<p>Raza (marque una casilla o más):</p> <p><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska — <i>Nombre de la tribu principal o inscrita:</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático — <i>raza:</i> _____ <i>Por ejemplo: hmong, laosiano, tailandés, paquistaní, camboyano, etc.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico — <i>raza:</i> _____ <i>Por ejemplo: fijiano, tongano, etc.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo proporcionar esta información</p>	<p>Raza (marque una casilla o más):</p> <p><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska — <i>Nombre de la tribu principal o inscrita:</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático — <i>raza:</i> _____ <i>Por ejemplo: hmong, laosiano, tailandés, paquistaní, camboyano, etc.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico — <i>raza:</i> _____ <i>Por ejemplo: fijiano, tongano, etc.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo proporcionar esta información</p>

Para ser completado solo por la persona que realiza la entrevista		
¿Se obtuvo el origen étnico del Prestatario sobre la base de la observación visual o el apellido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se obtuvo el sexo del Prestatario sobre la base de la observación visual o el apellido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se obtuvo la raza del Prestatario sobre la base de la observación visual o el apellido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Esta solicitud fue tomada por: <input type="checkbox"/> Entrevista en persona (incluye medios electrónicos con componente de video) <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Por teléfono	Nombre del entrevistador (letra de imprenta o a máquina) Firma del entrevistador	Número de teléfono del entrevistador Fecha

Aviso de la Ley de Igualdad de Oportunidades de Crédito

La Ley de Igualdad de Oportunidades de Crédito prohíbe que los acreedores discriminen a los solicitantes de crédito basándose en la raza, el color, la religión, el origen nacional, el sexo, el estado civil o la edad (si el solicitante tiene la capacidad de firmar un contrato vinculante); porque todo o parte del ingreso del solicitante proviene de algún programa de ayuda pública; o porque el solicitante ha ejercido en buena fe cualquier derecho según la Ley de Protección de Crédito al Consumidor. La agencia federal que controla el cumplimiento de esta ley en esta empresa es la Comisión Federal de Comercio, con oficinas en Oficina Regional de la FTC para la región Southwest, Dallas, o la Comisión Federal de Comercio, Igualdad de Oportunidad de Crédito, 600 Pennsylvania Ave, NW Washington, DC 20580.

No es necesario que divulgue los ingresos de pensión alimenticia, manutención de los hijos o mantenimiento por separación si no desea hacerlo. Sin embargo, como trabajamos con un Programa de Crédito de Propósitos Especiales, podemos solicitarle información del solicitante sobre el estado civil, ingresos de pensión alimenticia, manutención de los hijos y mantenimiento por separación, y los recursos financieros del cónyuge para determinar la elegibilidad del solicitante para el programa y el monto asequible de la hipoteca.

Por lo tanto, si recibe ingresos de estas fuentes y no proporciona esta información junto con su solicitud, esta será considerada incompleta y no podremos invitarlo a participar en el programa de Hábitat.

Solicitante(s):

X _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

X _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

CONFIDENCIAL



240 Hobson Ave. Hot Springs, Arkansas 71913 | (501) 623-5600

Hot Springs ReStore | 350 Malvern Ave, Hot Springs, Arkansas 71901 | (501) 321-4241

Hot Springs Village ReStore | 3825 N. Highway 7, Hot Springs Village, Arkansas 71909 (501) 624-3333

Lake Hamilton ReStore | 2817 Airport Rd. Hot Springs, Arkansas 71913 (501) 767-4483

Cosolicitante Divulgación de antecedentes y autorización

Nombre en letra de imprenta: _____

(Primero)

(Medio)

(Último)

Nombre (s) y fechas anteriores utilizados: _____

Dirección actual desde: _____

(Mes / Año)

(Calle)

(Ciudad)

(Código postal / Estado)

Dirección anterior de: _____

(Mes / Año)

(Calle)

(Ciudad)

(Código postal / Estado)

Dirección anterior de: _____

(Mes / Año)

(Calle)

(Ciudad)

(Código postal / Estado)

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Para identificación)

Teléfono Número: _____ Email: _____

Licencia de conducir Número: _____ Licencia Número: _____

La información contenida en esta aplicación a mi entender, es complete y correcta. Por la presente autorizo a **Garland County Habitat for Humanity, Inc. (GCHFH)** y sus agentes y representantes designados a realizar una revisión exhaustiva de mis antecedentes, generando un informe del consumidor y / o un informe de investigación del consumidor para fines de empleo y / o voluntario. Entiendo que el alcance del informe del consumidor / informe de investigación del consumidor puede incluir, entre otros, las siguientes áreas: verificación del número seguro social; residencias actuales y anteriores; historia de empleo, formación académica, referencias personales; pruebas de drogas, registros de antecedentes civiles y penales de cualquier agencia de justicia penal en cualquiera o todas las jurisdicciones federales, estatales o del condado; registros de conducir de autos, registros de nacimiento y cualquier otro registro público.

Además, autorizo a cualquier individuo, empresa, corporación o agencia pública (incluida la Administración del Seguro Social y las agencias de aplicación de la ley) a divulgar toda la información, verbal o escrita, perteneciente a mí, a **GCHFH** o sus agentes. Además, autorizo la publicación completa de todos los registros o datos relacionados a mí que pueda tener la persona, empresa, corporación o agencia pública, para incluir información o datos recibidos de otras fuentes.

Por la presente libero a **GCHFH**, la Administración del Seguro Social y sus agentes, funcionarios, representantes o agencias asignadas, incluidos los funcionarios, empleados o personal relacionado, tanto individual como colectivamente, de toda responsabilidad por daños de cualquier tipo, que pueden, en cualquier momento, resultado para mí, mis herederos, familiares o asociados debido al cumplimiento de esta autorización y solicitud de liberación.

Firma: _____ Fecha: _____

Si a usted le gustaría recibir una copia de sus resultados, por favor, póngase en contacto con (501)623-5600 o con info@garlandcountyhabitat.org

Para obtener información en español, visite www.consumerfinance.gov/learnmore escriba a: Consumer Financial Protection Bureau, 1700 G Street N.W., Washington, DC 20552.

Un resumen de sus derechos en virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito

La Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act, FCRA), una ley federal, fomenta la exactitud, imparcialidad y privacidad de la información en los archivos de las agencias de informe del consumidor. Existen muchos tipos de agencias de informe del consumidor, incluidas las agencias de crédito (credit bureaus) y las agencias especializadas (como las agencias que venden información sobre el historial de extensión de cheques, registros médicos y registros de historial de alquiler). A continuación se presenta un resumen de sus principales derechos en virtud de la FCRA. **Para obtener más información, incluyendo información sobre derechos adicionales, visite www.consumerfinance.gov/learnmore escriba a: Consumer Financial Protection Bureau, 1700 G Street N.W., Washington, DC 20552.**

Deben notificarle si la información contenida en su archivo se ha utilizado en su contra.

Todo aquel que utilice un informe de crédito u otro tipo de informe de consumidor para denegar su solicitud de crédito, seguro o empleo, o para emprender otra acción adversa en su contra, debe informarle y debe darle el nombre, la dirección y el número de teléfono de la agencia que proporcionó esa información.

- **Usted tiene derecho a saber lo que contiene su archivo.** Usted puede solicitar y obtener toda la información registrada bajo su nombre en los archivos de una agencia de informe del consumidor (divulgación de su información). Usted deberá proporcionar una prueba de su identidad, que puede incluir su número de Seguro Social. En muchos casos, la divulgación de la información de su archivo será gratuita. Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su archivo si:
 - Una persona ha emprendido una acción adversa en su contra debido a la información contenida en su informe de crédito.
 - Usted es víctima de un robo de identidad y coloca una alerta de fraude en su archivo.
 - Su archivo contiene información inexacta como resultado de fraude.
 - Usted recibe asistencia pública.
 - Usted no está empleado pero prevé solicitar empleo en un plazo de 60 días.

Asimismo, todos los consumidores tendrán derecho a recibir una copia gratuita de la información registrada en su archivo cada 12 meses si así se lo solicitan a cada agencia de crédito a nivel nacional y a las agencias especializadas de informe del consumidor a nivel nacional. Para obtener más información, visite www.consumerfinance.gov/learnmore

- **Usted tiene derecho a pedir su puntaje de crédito.** Los puntajes de crédito son resúmenes numéricos de su solvencia de crédito basados en la información de las agencias de crédito. Usted puede solicitar su puntaje de crédito a las agencias de informe del consumidor que generan o distribuyen los puntajes utilizados en préstamos de bienes raíces residenciales, pero tendrá que pagar un cargo. En algunas transacciones hipotecarias, el prestamista le dará información sobre su puntaje de crédito gratuitamente.

Iniciales: _____

Iniciales: _____

- **Usted tiene derecho a impugnar la información incompleta o inexacta.** Si usted identifica información en su archivo que es incompleta o inexacta, y la reporta a la agencia de informe del consumidor, la agencia debe investigar, a menos que su impugnación sea frívola. Para consultar una explicación sobre los procedimientos de impugnación, visite www.consumerfinance.gov/learnmore.
- **Las agencias de informe del consumidor deben corregir o eliminar la información inexacta, incompleta o no verificable.** La información inexacta, incompleta o no verificable debe ser eliminada o corregida, por lo general en un plazo de 30 días. No obstante, si una agencia de informe del consumidor verifica la exactitud de la información, puede seguir reportándola.
- **Las agencias de informe del consumidor no pueden reportar información negativa desactualizada.** En la mayoría de los casos, una agencia de informe del consumidor no puede reportar información negativa ocurrida hace más de siete años, ni quiebras ocurridas hace más de 10 años.
- **El acceso a su archivo es limitado.** Una agencia de informe del consumidor puede proporcionar información sobre usted solamente a aquellas personas que realmente la necesiten — generalmente para considerar una solicitud presentada por usted ante un acreedor, asegurador, empleador, propietario de una vivienda en alquiler u otro negocio. La FCRA especifica quiénes son las personas que tienen una necesidad válida de acceso.
- **Usted debe otorgar su consentimiento para que se envíen sus informes a los empleadores.** Una agencia de informe del consumidor no puede darle información sobre usted a su empleador, ni a un posible empleador sin su consentimiento escrito a nombre del empleador. Por lo general, el consentimiento escrito no es requerido en la industria del transporte de carga por camión. Para obtener más información, visite www.consumerfinance.gov/learnmore.
- **Usted puede limitar las ofertas "pre-evaluadas" de crédito y seguro que recibe y que están basadas en la información de su informe de crédito.** Las ofertas "pre-evaluadas" de crédito y seguro no solicitadas deben incluir un número de teléfono gratuito al que usted puede llamar si desea eliminar su nombre y dirección de las listas en las que se basan estas ofertas. Puede solicitar su exclusión voluntaria de estas listas llamando a las agencias de crédito a nivel nacional al 1-888-5-OPTOUT (1-888-567-8688).
- **Usted puede obtener compensación de los infractores.** Si una agencia de informe del consumidor o, en algunos casos, un usuario de informe del consumidor, o un proveedor de información de una agencia de informe del consumidor infringe la FCRA, usted puede demandarlo ante una corte estatal o federal.
- **Las víctimas del robo de identidad y el personal militar en servicio activo tienen derechos adicionales.** Para obtener más información, visite www.consumerfinance.gov/learnmore.

Los estados tienen autoridad para hacer cumplir la FCRA, y muchos estados tienen su propia legislación sobre los informes de los consumidores. En algunos casos, usted puede

Iniciales: _____

Iniciales: _____

tener más derechos en virtud de la ley estatal. Para obtener más información, comuníquese con su agencia estatal o local de protección del consumidor o con el Fiscal General estatal. Para obtener información sobre sus derechos federales, establezca contacto con:

TIPO DE NEGOCIO:	ESTABLEZCA CONTACTO CON:
<p>1.a. Bancos, asociaciones de ahorro y cooperativas de crédito con activos totales de más de \$10 mil millones de dólares y sus filiales</p> <p>b. Dichas filiales que no sean bancos, asociaciones de ahorro o cooperativas de crédito también deben listar, además del CFPB:</p>	<p>a. Consumer Financial Protection Bureau 1700 G Street, N.W. Washington, DC 20552</p> <p>b. Federal Trade Commission: Consumer Response Center – FCRA Washington, DC 20580 (877) 382-4357</p>
<p>2. En la medida en que no estén comprendidos en el punto 1 anterior:</p> <p>a. Bancos nacionales, asociaciones de ahorro federales y sucursales federales y agencias federales de bancos extranjeros</p> <p>b. Bancos miembros del estado, sucursales y agencias de bancos extranjeros (que no sean sucursales federales, agencias federales, o Sucursales Estatales Aseguradas de Bancos Extranjeros), compañías de préstamos comerciales de propiedad o controladas por bancos extranjeros y las organizaciones que operan bajo la sección 25 o 25A de la Ley de la Reserva Federal (Federal Reserve Act)</p> <p>c. Bancos Asegurados No Miembros, Sucursales Estatales Aseguradas de Bancos Extranjeros y asociaciones de ahorros estatales aseguradas</p> <p>d. Cooperativas Federales de Crédito</p>	<p>a. Office of the Comptroller of the Currency Customer Assistance Group 1301 McKinney Street, Suite 3450 Houston, TX 77010-9050</p> <p>b. Federal Reserve Consumer Help Center P.O. Box. 1200 Minneapolis, MN 55480</p> <p>c. FDIC Consumer Response Center 1100 Walnut Street, Box #11 Kansas City, MO 64106</p> <p>d. National Credit Union Administration Office of Consumer Protection (OCP) Division of Consumer Compliance and Outreach (DCCO) 1775 Duke Street Alexandria, VA 22314</p>

Iniciales: _____

Iniciales: _____

3. Compañías aéreas	Asst. General Counsel for Aviation Enforcement & Proceedings Aviation Consumer Protection Division Department of Transportation 1200 New Jersey Avenue, S.E. Washington, DC 20590
4. Acreedores sujetos a la Junta de Transporte Terrestre (Surface Transportation Board)	Office of Proceedings, Surface Transportation Board Department of Transportation 395 E Street, S.W. Washington, DC 20423
5. Acreedores sujetos a la Ley de Empacadores y Corrales Ganaderos de 1921 (Packers and Stockyards Act, 1921)	Nearest Packers and Stockyards Administration area supervisor
6. Compañías de Inversión en Pequeños Negocios	Associate Deputy Administrator for Capital Access United States Small Business Administration 409 Third Street, S.W., 8 th Floor Washington, DC 20416
7. Agentes y Distribuidores	Securities and Exchange Commission 100 F Street, N.E. Washington, DC 20549
8. Bancos Agrícolas Federales, Asociaciones de Bancos Agrícolas Federales, Bancos Federales de Crédito Intermedio y Asociaciones de Crédito a la Producción	Farm Credit Administration 1501 Farm Credit Drive McLean, VA 22102-5090
9. Minoristas, Compañías Financieras y todos los demás acreedores no indicados anteriormente	FTC Regional Office for region in which the creditor operates <u>or</u> Federal Trade Commission: Consumer Response Center – FCRA Washington, DC 20580 (877) 382-4357

Iniciales: _____

Iniciales: _____