

SOLICITUD DE ADMISIÓN AL PROGRAMA HOME

A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR

Nombre del Administrador:

Dirección postal:

Ciudad/Estado/Código postal:

Condado:

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Nombre(s) del solicitante:

Dirección postal:

Ciudad/Estado/Código postal:

Condado:

Correo electrónico:

Teléfono residencial: () -

Teléfono móvil: () -

C. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR

(Incluir a todos los miembros del hogar)

Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)	Relación con la cabeza de hogar	Fecha de nacimiento	Géner o	Estado del estudiante FT = Tiempo completo PT = Tiempo parcial N/A=No corresponde	¿Recibe Ingresos ?	Marque si es veterano
1.	Cabeza de hogar		☐ M ☐ F	☐ Full Time ☐ Part Time ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐
2.	☐ Espos/a ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐
3.	☐ Espos/a ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐
4.	☐ Espos/a ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐
5.	☐ Espos/a ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐
6.	☐ Espos/a ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐
7.	☐ Espos/a ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐
8.	☐ Espos/a ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐
9.	☐ Espos/a ☐ Corresponsable ☐ Dependiente ☐ Otro adulto		☐ M ☐ F	☐ FT ☐ PT ☐ N/A	☐ Sí ☐ No	☐

Información importante para ex miembros de los servicios militares. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluido Army, Navy, Marines, Coast Guard, Reserves o National Guard, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el portal de veteranos de Texas: <https://veterans.portal.texas.gov/>.

D. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR (continuación)

1. ¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?
☐ No ☐ Sí, ¿quién?
2. ¿Algún miembro del grupo familiar mencionado anteriormente es un niño de crianza?
☐ No ☐ Sí, ¿quién?
3. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar mencionado anteriormente vive en la casa como asistente residente?
☐ No ☐ Sí, ¿quién?
4. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal?
☐ No ☐ Sí, ¿quién? En caso afirmativo, indicar el motivo de la ausencia temporal:
5. ¿Anticipa que otros miembros se unirán a su hogar dentro de los próximos 12 meses? ☐ No ☐ Sí, explique

E. ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA RECIBIDA ANTERIORMENTE

(incluir cualquier otra asistencia de Vivienda proporcionada o recibida por cualquier miembro del hogar)

¿Esta propiedad fue afectada por un desastre? ☐ No ☐ Sí, cual desastre?

Origen	Cantidad	Fecha de recepción	Razón
1. FEMA: Agencia de Administración de Emergencias Federal ☐ No ☐ Sí cual desastre	\$		
2. SBA: Administración de pequeñas empresas ☐ No ☐ Sí	\$		
3. Sección 8: Desarrollo urbano y de viviendas ☐ No ☐ Sí	\$		
4. TBRA: Programa de asistencia para el Inquilino ☐ No ☐ Sí	\$		
5. Seguro de propietario de vivienda ☐ No ☐ Sí	\$		
6. Otro (describir): ☐ No ☐ Sí	\$		

F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

1. ¿Alguien en el hogar sirve o ha servido en los últimos 12 meses como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo de TDHCA, administrador, o propietario del desarrollo? ☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, identifique quién, nombre de organización y función:
¿Es presentemente un rol? ☐ No ☐ Sí En caso negativo, identifique la fecha en que dejó su función:
2. ¿Alguien en el hogar está relacionado con alguien que presentemente este trabajando o que ha trabajado en los últimos 12 meses como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo de TDHCA, administrador, o propietario del Desarrollo (sea a través de una relación familiar o comercial)? ☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, identifique quién, nombre de organización y función:
¿Es presentemente un rol? ☐ No ☐ Sí En caso negativo, identifique la fecha en que dejó su función:

G. INFORMACIÓN SOBRE LA DISPOSICIÓN DE ACTIVOS

1. ¿Alguien en el hogar ha regalado algo de valor en los últimos dos años? (si una propiedad fue liberada debido a ejecución hipotecaria, bancarrota o divorcio, responda No): ☐ No ☐ Sí, ¿quien?

Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):

2. ¿Alguien en el hogar fue propietario de una propiedad durante los últimos dos años? ☐ No ☐ Sí, ¿quien?

¿Es presentemente propietario? ☐ No En caso negativo: ¿Cuándo se enajenó?

☐ Sí En caso afirmativo: ¿Está alquilado? ☐ No ☐ Sí

¿Está vacío? ☐ No ☐ Sí

¿Está en proceso de venta? ☐ No ☐ Sí

H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR							
(Mencionar TODOS los ingresos de los miembros del hogar, con excepción de los ingresos obtenidos del empleo de personas menores de 18 años)							
Identifique los ingresos de cualquier fuente esperados durante los próximos 12 meses			Cabeza de hogar	Esposo/a o Corresponsable	Otros miembros adultos	Dependientes	Total
1. Salario #1	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
2. Salario #2	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
3. Pago de horas extras	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
4. Comisiones / Honorarios	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
5. Propinas y bonos	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
6. Ingreso temporal	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
7. Ingreso de las fuerzas armadas	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
8. Interés / Dividendos	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
9. Ingresos netos comerciales	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
10. Ingreso neto de alquiler	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
11. Seguro Social	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
12. Seguridad de ingreso Suplementario	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
13. Pensión	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
14. Ingresos de retiro	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
15. Asistencia familiar u obsequios recurrentes	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
16. Beneficios de desempleo	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
17. Indemnización por accidentes laborales	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
18. Pensión para el cónyuge divorciado	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
19. Pensión para hijos menores	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
Marcar el tipo: Orden judicial Voluntario Anticipado							
20. AFDC/TANF	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
21. Otro ingreso	☐ No	☐ Sí	\$	\$	\$	\$	\$
Describa:							
					Ingreso total anual:		\$

I. INFORMACIÓN DE EMPLEO ACTUAL				
1. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono del empleador: () -
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado: Código postal:
Fecha de inicio:	Salario : \$	Período de pago : ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Quincenal (26) ☐ Dos veces al mes (24) ☐ Mensual ☐ Anual Otro		Horas trabajadas por semana: Fax: () -

I. INFORMACIÓN DE EMPLEO ACTUAL (continuación)				
2. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono del empleador: () -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de inicio:	Salario : \$	Período de pago : ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Quincenal (26) ☐ Dos veces al mes (24) ☐ Mensual ☐ Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono del empleador: () -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de inicio:	Salario : \$	Período de pago : ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Quincenal (26) ☐ Dos veces al mes (24) ☐ Mensual ☐ Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -
4. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono del empleador: () -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de inicio:	Salario : \$	Período de pago : ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Quincenal (26) ☐ Dos veces al mes (24) ☐ Mensual ☐ Anual Otro	Horas trabajadas por semana:	Fax: () -

J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (*), indique el total después del costo que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), deduciendo cualquier penalización por retiro anticipado, para liquidar un balance, y cualquier otra tarifa que sea aplicada por la conversión).

Identifique todas las fuentes de activos	Valor en efectivo	Ingresos de activo (Interés / Dividendos)	Nombre de la institución financiera	Número de cuenta:
1. Cuenta de cheques #1 ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
2. Cuenta de cheques #2 ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
3. Cuenta de ahorros #1 ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
4. Cuenta de ahorros #2 ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
5. Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
6. Acciones, bonos, fondos mutuos* ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
7. Bienes inmuebles/propiedad* ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
8. Bienes inmuebles /terreno* ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
9. Cuenta(s) IRA/Keogh* ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
10. Fondo(s) de pensión / arreglo de jubilación* ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
11. Fondo(s) fiduciario(s) ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
12. Pagaré hipotecario ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
13. Seguro de vida entera* ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
14. Bienes personales mantenidos como inversión (gemas, monedas, etc.) ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
15. Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.) ☐ No ☐ Sí	\$	\$		
16. Otro: ☐ No ☐ Sí	\$	\$		

K. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y DE NECESIDADES ESPECIALES: El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) solicita esta información para cumplir con los requisitos de informe solicitados por el Departamento de Vivienda Y Desarrollo Urbanos de los Estados Unidos (HUD). Aunque TDHCA apreciaría recibir esta información, usted puede elegir no presentarla. No será discriminado debido a esta información, ni tampoco si decide presentarla o no. Si no desea presentar esta información, coloque sus iniciales a continuación.

Iniciales del solicitante No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar.

Códigos del grupo étnico:

A - Hispano: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.

B – No hispano

Códigos de raza:

A- Blanco

B - Negro-afroamericano

C - Asiático

D - Indio americano/nativo de Alaska

Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico

F - Indio americano/nativo de Alaska/ blanco

G - Asiático/blanco

H - Negro/afroamericano/blanco

I - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericano

J - Otras razas múltiples

Códigos de necesidades especiales:

A - De la tercera edad

B - Persona con discapacidades*

C - Persona con VIH/SIDA

D - Persona con adicción al alcohol y/o drogas

E - Residente de Colonia

F – VAWA/víctima de violencia doméstica

G - Persona sin vivienda

H - Trabajador migratorio de granjas

I - Residente de vivienda pública

J - Víctima de desastre

K – Veterano

L - Combatiente herido

M - El dinero sigue a la persona

***Definición de discapacidad:** Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal de una adicción o a una sustancia controlada.

	Código de origen étnico	Código de raza	Código(s) de necesidades especiales
1 (Cabeza)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del Programa HOME por el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre préstamos hipotecarios, empleo, activos, pasivos e ingresos. Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar la solicitud.

Nombre en imprenta del solicitante

Firma

Date

Nombre en imprenta del co-solicitante

Firma

Date

Nombre en imprenta del miembro adulto

Firma

Date

Nombre en imprenta del miembro adulto

Firma

Date

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. establece que declaraciones falsas intencionales o la provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.

Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.



DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

Dirección física: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711
Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.texas.gov Sitio web: www.tdhca.texas.gov

