**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** | **Género** | **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.** |       | **[ ]** **Esposo/a [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente** **[ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Sí****[ ]  No**  | **[ ]**  |
| **3.** |       | **[ ]  Esposo/a [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Sí****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **4.** |       | **[ ]  Esposo/a [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Sí****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **5.** |       | **[ ]  Esposo/a [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Sí****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **6.** |       | **[ ]  Esposo/a [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Sí****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **7.** |       | **[ ]  Esposo/a [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Sí****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **8.** |       | **[ ]  Esposo/a [ ]  Corresponsable****[ ]  Dependiente [ ]  Otro adulto** |       | **[ ]  M****[ ]  F** | **[ ]  FT [ ]  PT [ ]  N/A** | **[ ]  Sí****[ ]  No** | **[ ]**  |
| **9.** |       | **[ ]  Esposo/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
 | **$**      |       |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí cual desastre**       |
| 1. **SBA:** Administración de pequeñas empresas
 | **$**      |       |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| 1. **Sección 8:** Desarrollo urbano y de viviendas
 | **$**      |       |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| 1. **TBRA:**  Programa de asistencia para el Inquilino
 | **$**      |       |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| 1. **Seguro de propietario de vivienda**
 | **$**      |  |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| 1. **Otro (describir)::**
 | **$**      |       |       |
|  **[ ]  No [ ]  Sí** |
| F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES |
| **1**. **¿Alguien en el hogar sirve o ha service 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 negative, 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 negative, 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** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Salario #2**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Pago de horas extras**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Comisiones / Honorarios**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Propinas y bonos**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingreso temporal**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingreso de las fuerzas armadas**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Interés / Dividendos**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingresos netos comerciales**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingreso neto de alquiler**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Seguro Social**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Seguridad de ingreso Suplementario**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Pensión**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Ingresos de retiro**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Asistencia familiar u**

**obsequios recurrentes** | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Beneficios de desempleo**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Indemnización por accidentes laborales**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Pensión para el cónyuge divorciado**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Pensión para hijos menores**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| **Marcar el tipo: Orden judicial Voluntario Anticipado** |
| 1. **AFDC/TANF**
 | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
| 1. **Otro ingreso**

**Describa:**       | **[ ]  No**  **[ ]  Sí** | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      | **$**      |
|  | **Ingreso total anual:** | **$**      |
| 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) |
| 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:** (   )   -     |
| 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:** (   )   -     |
| 1. **Nombre del integrante del grupo familiar:**

      | **Ocupación:**      | **Teléfono del empleador:** (   )   -     |
| **Nombre y dirección del empleador:**      | **Ciudad:**      | **Estado:**      | **Código postal:**      |
| **Fecha de inicio:**      | **Salario :****$**      | **Período de pago :**  [ ] Por hora [ ] Semanal [ ] Quincenal (26){}[ ] Dos veces al mes (24) [ ] Mensual [ ] Anual Otro       | **Horas trabajadas por semana:**      | **Fax:** (   )   -     |
| J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (\*), indique el total después del costo que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), deduciendo cualquier penalización por retiro anticipado, para liquidar un balance, y cualquier otra tarifa que sea aplicada por la conversión). |
| **Identifique todas las fuentes de activos** | **Valor en efectivo** | **Ingresos de activo** **(Interés / Dividendos)** | **Nombre de la institución financiera** | **Número de cuenta:** |
| 1. **Cuenta de cheques #1**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta de cheques #2**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta de ahorros #1**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta de ahorros #2**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Acciones, bonos, fondos mutuos\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Bienes inmuebles/propiedad\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Bienes inmuebles /terreno\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Cuenta(s) IRA/Keogh\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Fondo(s) de pensión / arreglo de jubilación\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Fondo(s) fiduciario(s)**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Pagaré hipotecario**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Seguro de vida entera\***
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Bienes personales mantenidos como inversión (gemas, monedas, etc.)**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.)**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |
| 1. **Otro:**
 | **[ ] No [ ] Sí** | **$**      | **$**      |       |       |

|  |
| --- |
| **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.  |
|  | No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar. |
| ***Iniciales del solicitante*** |
|  |
| **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- BlancoB - Negro-afroamericanoC - AsiáticoD - Indio americano/nativo de AlaskaNativo de Hawái / otra isla del Pacífico | F - Indio americano/nativo de Alaska/ blancoG - Asiático/blancoH - Negro/afroamericano/blancoI - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericanoJ - Otras razas múltiples |
| **Códigos de necesidades especiales:**A - De la tercera edadB - Persona con discapacidades\*C - Persona con VIH/SIDAD - Persona con adicción al alcohol y/o drogas | E - Residente de ColoniaF – VAWA/víctima de violencia domésticaG - Persona sin viviendaH - Trabajador migratorio de granjasI - Residente de vivienda pública | J - Víctima de desastreK – VeteranoL - Combatiente heridoM - 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 78711Número principal: 512-475-3800 Llamada gratuita: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.texas.gov Sitio web: www.tdhca.texas.gov |  |