

**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- 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 |  |