

APLICACIÓN DE CLIENTE CONDADO DE HALL PROGRAMA ESTABILIZACIÓN DE BARRIO

USO DE OFICINA

Fecha Aplicación Recibida: ____/____/____

Fecha Aplicación Aprobada: ____/____/____

Elegible Para Fondos HOME Sí No

IDIS #: _____

La información presentada en esta aplicación será usada para evaluar la elegibilidad del candidato de la ayuda bajo el Programa Estabilización de Barrio del Condado de Hall. Información obtenida en esta aplicación se mantendrá confidencial y no será revelada a ninguna otra agencia sin el consentimiento del solicitante, excepto para los efectos de la verificación de los ingresos o empleo y a las instituciones financieras para la verificación de la información según sea necesario, y permitido por la ley. Su aplicación se puede retrasar o rechazarse si la información solicitada no se recibe.

INFORMACION DE SOLICITANTE

Nombre de Solicitante:

Nombre de Co-Solicitante:

de Teléfono Casa:

de Teléfono Trabajo:

de Teléfono Celular:

Dirección de Correo Electrónico:

Dirección de Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Estado Civil:

Casado

Soltero

Divorciado

Separado

de Dependientes:

Edades:

Empleado Empleado Independiente Retirado Discapacitado Si Empleado Independiente, tipo de negocio

Nombre y Dirección de Empleado:

de Teléfono de Empleador:

Posición:

Años en el Trabajo:

LÍMITES DE INGRESOS MÁXIMOS FAMILIARES (CONDADO de HALL, GEORGIA) AÑO FISCAL 2016 LÍMITES DE INGRESOS Efectiva: 1 de Junio de 2018

FAMILIA/TAMAÑO DE HOGAR	BAJO (DEBAJO de 50% IMA)	ALTO (SOBRE de 81-120% IMA)
1	\$22,500	\$53,950
2	\$25,700	\$61,650
3	\$28,900	\$69,350
4	\$32,100	\$77,050
5	\$34,700	\$83,200
6	\$37,250	\$89,350
7	\$39,850	\$95,550
8	\$42,400	\$101,700

* Fuente: Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano Estados Unidos (HUD)

** Antes de comprar una casa a través del programa de estabilización de barrio County Hall, también será necesario para completar una clase de educación para compradores de vivienda de 8 horas HUD aprobado. Con el fin de cumplir con los requisitos de elegibilidad del programa, usted debe presentar el certificado de finalización de dicha clase a la oficina de NSP. **Este documento final debe ser recibido por nuestra oficina antes de cerrar en un hogar NSP.**

INGRESO ANUAL DEL HOGAR *

Tendrás que presentar documentación de apoyo para todas las fuentes de ingresos para cada miembro de la familia de 18 años o mayores.

FUENTE	SOLICITANTE	ESPOSO, ESPOSA	OTROS 18+ ANOS	TOTAL
Sueldo				
Beneficios de seguro social				
Pensión, Fondos de retiro, etc. (Por favor indique la fuente)				
Beneficios por desempleo				
Compensación de trabajadores				
Pensión Alimenticia, el apoyo a los niños (Por favor indique la fuente)				
Pagos de beneficios sociales				
Ingresos del alquiler (renta)				
Otros ingresos (Por favor indique la fuente)				
Ingresos totales				

ACTIVOS

Tendrás que presentar documentación de apoyo para todas las cuentas de activos para cada miembro de la familia de 18 años o mayores.

EL TIPO	BANCO	# DE CUENTA	VALOR EN EFECTIVO	TASA DE INTERÉS	INGRES MENSUAL
Cuentas de cheques					
Cuentas de ahorro					
Cuentas de Cooperativa de Crédito					
Cuentas 401 k					
Seguro de vida					
Valores Publicos					
Bienes Raíces					
Otro					

** Ingresos y activos deben ser reportado para cada miembro 18 años o mayores que vive en el hogar. Falta de notificar personas de 18 años o más en su familia y sus ingresos o activos es violación de nuestros requisitos de elegibilidad y objeto de descalificación. Documentación debe enviarse a la oficina NSP para determinar la elegibilidad para el programa.*

DEUDAS

Lista de las deudas pendientes, incluyendo préstamos para automóviles, tarjetas de crédito, cuentas de crédito, préstamos de crédito, préstamos personales, préstamos de bienes raíces (excepto el hogar que vive) y todos otros préstamos.

TIPO	NOMBRE DEL ACREEDOR	PAGO MENSUAL	DEUDA DEBIDA	FECHA DE PAGO

¿Tienes alguno de los siguientes? Si es así, por favor indique la cantidad mensual.

Pensión alimenticia mensual \$ _____ Manutención mensual de menores \$ _____ Cuidado de los niños mensual \$ _____

Si la respuesta es sí a cualquier pregunta, por favor explique en una hoja adjunta:

- ¿Tienes alguna excepcional, sin pagar gravámenes o juicios? Sí No
Si usted contesto sí, por favor lista cantidad (si aplica) \$ _____
- ¿En los últimos 7 años, han declarado bancarrota? Sí No
- ¿Es usted parte de una demanda judicial? Sí No

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Lista del solicitante, todo el mundo que vive en su hogar y la relación de cada miembro al solicitante.

MIEMBRO	NOMBRE COMPLETO	RELACION	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
1		<i>SOLICITANTE</i>		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

*** Fallo de notificar las personas de 18 años o mayores que viven en su hogar estará en violación de nuestros requisitos de elegibilidad y basa para descalificación.**

- ¿Alguien vive contigo ahora que no ha puesto en la lista anterior? Sí No
- ¿Nadie planea vivir con usted en el futuro que no son mencionados? Sí No
- Si usted respondió "Sí" a cualquiera pregunta anterior, por favor explique:
- ¿Alguien mencionado tiene una discapacidad? Sí No

JEFE DE HOGAR INFORMACIÓN (Marque la caja(s) apropiado)		
SOLA RAZA	Hispano o Latino	No Hispano o No Latino
Blanco		
Negro/African Americano		
Asiático		
Indio Americano / Nativo de Alaska		
Nativos de Hawai / Otros isleños del Pacífico		
MULTI RAZA		
Indio Americano / Nativo de Alaska & Blanco		
Asiático & Blanco		
Negro/African Americano & Blanco		
Indio Americano / Nativo de Alaska & Negro/African Americano		
Otro Multi Raza		
Otro (Por favor explique)		

¿Cómo se enteró acerca del programa de NSP ?

¿Es la primera vez comprando una casa?

Sí No

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo/nosotros, los abajo firmantes, certifico que toda la información proporcionada en esta aplicación es exacta y completa al mejor de mi/nuestro conocimiento y creencia. Yo/nosotros doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información con el objetivo de verificar los ingresos relacionados con mi/nuestra aplicación de ayuda financiera.

Yo/nosotros certificamos que el ingreso anterior es exacto y completamente representa todas las fuentes de ingresos para todas las personas 18 años o más que residen en el hogar. Yo/nosotros entendemos que no revelar todos los ingresos, o la divulgación de información falsa o inexacta, dará lugar a la desaprobación de la asistencia y será considerado fraudulento. Yo/nosotros entendemos que cualquier declaración falsa intencional de hechos materiales será motivo de descalificación

Yo/nosotros certificamos que yo/nosotros seré el dueño ocupante (significado ocupada por el solicitante y utilizado como residencia principal por lo menos 10 meses al año) y se llevará a cabo fee simple título de la propiedad comprada.

Solicitante: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

Co-Solicitante: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

PROGRAMA DE ESTABILIZACIÓN DE BARRIO DEL CONDADO DE HALL
Declaración Jurada Verificar el estado de Beneficio Solicitante

En virtud de la seguridad de Georgia y la ley de cumplimiento de inmigración, aprobada durante la sesión legislativa de Georgia de 2006 como Senado Bill 529, cada agencia en el Condado de Hall, proporcionando beneficios públicos a través de cualquier programa estatal o federal es responsable de determinar el estatus migratorio de los solicitantes ciudadano para dichas prestaciones.

Mediante la ejecución de esta declaración jurada bajo juramento, como una persona que solicita beneficios, yo estoy diciendo lo siguiente con respecto a mi solicitud de beneficios del programa de estabilización de barrio County Hall:

_____ Soy un ciudadano de Estados Unidos o residente legal permanente 18 años de edad o más;

○

_____ Soy un extranjero cualificado o no-inmigrante bajo la inmigración Federal y nacionalidad actuar de 18 años de edad o más y presento legalmente en los Estados Unidos.

En lo que hace la anterior representación bajo juramento, entiendo que cualquier persona que a sabiendas y intencionalmente hace una declaración falsa, ficticia o fraudulenta de representación en una declaración jurada será culpable de una violación de la sección de código 16/10/20 del código oficial de Georgia.

ALIEN #:

I-94 #: _____

Firma del solicitante

Fecha

Nombre impreso

SUSCRITO Y JURADO
DELANTE DE MÍ EN ESTO EL
____DIA DE _____, 201____

Firma del Notario Público: _____

Mi Comisión Expira: _____

Nota: Este documento debe ser notariada y debe contener el sello de un notario visible cuando enviado. Si usted es incapaz de encontrar un notario público para escriturar este documento, tenemos uno disponible para usted. Si usted necesita de los servicios de nuestro notario, póngase en contacto con la oficina NSP para programar una cita.

USO DE OFICINA

Recibido Fecha: ____ / ____ / ____

Notariado y registrado: ____ / ____ / ____

