



**CIUDAD DE LANCASTER
PROGRAMA DE ASISTENCIA
PARA DUEÑO DE DOMICILIO
APLICACIÓN**

Instrucciones: Información en esta aplicación es estrictamente confidencial y no se remitirá a personas fuera del programa sin el permiso escrito del solicitante. Se solicita la información para determinar la admisibilidad y requerimiento para reportes federales. Si necesita cualquier ayuda para completar el formulario, por favor llame al (717) 291-4708 para obtener ayuda.

Que arreglos necesita su casa: _____
 ¿Ha recibido una notificación de violación de la Ciudad de Lancaster? Si No

Sección I- Información del Solicitante

Nombre _____ Número Seguro Social _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ Estado Marital _____
 Origen Étnico: ¿Eres Hispano o Latino? Sí No Género: Masculino Femenino
 Raza: Caucásico Afro-Americano Hispano Asiático Nativo Americano Otro-

Sección II- Información del Co-Solicitante

Nombre _____ Número Seguro Social _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Teléfono-Casa _____ Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____
 Relación al Solicitante _____
 Origen Étnico: ¿Eres Hispano o Latino? Sí No Género: Masculino Femenino
 Raza: Caucásico Afro-Americano Hispano Asiático Nativo Americano Otro-

Sección III-Historial de Empleo e Ingresos: Solicitante

Nombre del Empleador _____ Ocupación _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Años Empleado _____ Ingreso Mensual (Basico) \$ _____ Pensión \$ _____
 Otras fuentes de Ingresos, la cantidad, y la frecuencia-(Seguro Social, Sustento de Menores, Pensión Alimenticia, Asistencia Pública, Desempleo, Beneficios de Veterano, etc):

Sección IV-Historial de Empleo e Ingresos: Co-Solicitante

Nombre de Empleador _____ Ocupación _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Años Empleado _____ Ingreso Mensual(Basico) \$ _____ Pensión \$ _____
 Otras fuentes de Ingresos, la cantidad, y la frecuencia-(Seguro Social, Sustento de Menores, Pensión Alimenticia, Asistencia Pública, Desempleo, Beneficios de Veterano, etc):

Sección V- Otros Miembros de la Familia

Nombre	F.D.N.	# Seguro Social	Relación con el Propetario	Ingreso Mensual
				\$
				\$
				\$
				\$

¿Usted tiene hijos menores de seis años? Si No

Sección V-Acerca de la Casa

Residencia Propia Alquiler ¿Cuántos años ha vivido en esta dirección? _____
 Compañía Hipotecaria _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Saldo Actual del Préstamo \$ _____ Pago de la Hipoteca \$ _____
 ¿Tiene una Segunda Hipoteca en esta Casa? Sí No
 Saldo del Préstamo Segunda Hipoteca Actual \$ _____ Pago Mensual Actual \$ _____
 ¿Los Impuestos y el Seguro están incluido en su pago de Hipoteca Mensual? Sí No

Sección VI-Activos

Nombre del Banco _____	<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques
Dirección _____	Ciudad _____	Código Postal _____
Saldos Cuenta de Ahorros \$ _____	Saldos Cuenta de Cheques \$ _____	
Bonos de Ahorro de U.S. \$ _____	Valores Negociables \$ _____	
¿Otros Inmuebles de Propiedad? _____		

Nombre del Banco _____	<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques
Dirección _____	Ciudad _____	Código Postal _____
Saldos Cuenta de Ahorros \$ _____	Saldos Cuenta de Cheques \$ _____	
Bonos de Ahorro de U.S. \$ _____	Valores Negociables \$ _____	
¿Otros Inmuebles de Propiedad? _____		

Sección VII-Los Gastos de Vivienda

Hipoteca \$ _____ /mensual	Basura \$ _____ /mensual
Agua y Alcantarillado \$ _____ /mensual	Eléctricidad \$ _____ /mensual
Gas \$ _____ /mensual	Petróleo \$ _____ /mensual
Seguro de la Propiedad \$ _____ /mensual <i>(Si no está incluida en la Hipoteca)</i>	Impuestos \$ _____ /mensual <i>(Si no está incluido en la Hipoteca)</i>

Sección VIII-Documentos/Información para traer a su Entrevista

1. Este formulario de Solicitud original, completado y firmado por el Solicitante y Co-Solicitante
2. Copias de las Declaraciones de Impuestos más reciente firmado. Si usted no presentó declaraciones de impuestos, trae un 1099 o W-2.
3. Dos (2) meses a partir de las facturas de servicios públicos más recientes consecutivos como electricidad, gas etc.
4. Salarios y sueldos: Tres (3) meses de los talonarios de pago más reciente consecutivos se debe proporcionar para cada miembro de su familia que se emplea.
5. Verificación de las Beneficios y/o Pensiones: Carta Premio de Seguro Social(para todos los miembros de la familia, incluidos los menores),Sentencia de Divorcio/Sustento de Menores/Declaración Pensión Alimenticia, Militar/Pensión VA, Formulario TEC, Caja de Seguros Confianza, Annuities,etc..
6. Verificación de otros ingresos (ingresos neto de las operaciones de negocio, manutención, asistencia social, la carta de desempleo), junto con todas las páginas de la sentencia de divorcio(s)
7. Verificación de los Bienes: Seis (6) meses Declaraciones de Cheques del Mes. Un (1) de las Declaraciones de Ahorro, Acciones, Cuentas de Jubilación y de Pensiones, Seguros de Vida.
8. Una copia de su Tarjeta de Seguro Social del Solicitante y Co-Solicitante
9. Una copia de su Póliza de Hogar.
10. Última declaración de la Hipoteca del banco por derecho de retención primero y segundo (si procede)
11. Si procede, los resultados de plomo en la sangre por un médico para los niños menores de seis años, y una de las siguientes: (a) el certificado de nacimiento (b) una declaración notarial de los niños menores de seis años.

Sección IX- Reconocimiento y Acuerdo

He/hemos leído el formulario de Solicitud del Programa de Ayuda para Arreglos de Casas Encuesta Financiera y entiendo que mi/nuestra respuesta a todas las preguntas anteriores y las declaraciones que he/hemos hecho son verdaderas y correctas a lo mejor de mi/nuestro leal saber y entender. Yo/nosotros autorizamos la Vivienda y la Unidad de Revitalización de Vecindarios y sus agentes designados para contactar con cualquier fuente para solicitar y/o verificar la información necesaria para cualquier determinación necesaria de elegibilidad para el propósito del Programa de Rehabilitación de Propietarios. Yo/nosotros estamos de acuerdo de proveer la Unidad de Vivienda Revitalización o sus agentes designados toda la información necesaria para verificar mi/nuestra solvencia. Yo/nosotros entendemos que cualquier discrepancia o omisiones en la información que he/hemos proporcionado me puede descalificar a mi/nosotros de la participación en el Programa de Rehabilitación de Propietarios. Si tales discrepancias o omisiones que se descubren después de cualquier préstamo es aprobado o concedidas para mí/nosotros, yo/nosotros, entendemos que cualquier saldo pendiente del préstamo puede llegar a ser deuda y debe ser pagado inmediato.

Sección X- Todos los ocupantes que viven en la propiedad sobre la edad de 18 años debe firmar

Firma del Solicitante _____	Fecha _____	Firma del Co-Solicitante _____	Fecha _____
Firma _____			

FOR OFFICE USE ONLY	
Application Received By: _____	Date Received: _____

LAS SOLICITUDES COMPLETAS PUEDEN ENVIARSE POR CORREO O ENTREGADAS EN MANO A:

PO BOX 1599 120 NORTH DUKE STREET, LANCASTER, PENNSYLVANIA, 17608-1599

(T) 717-291-291-4730 (TDD) 717-291-4761 (FAX) 717-291-4827

WWW.CITYOFLANCASTERPA.COM