

**CUBIERTA DE  
PRESENTACIÓN DE  
SOLICITUD**



La siguiente documentación debe ser proporcionada para que un solicitante sea considerado para un hogar de Habitat. Por favor, envíe toda la información indicada a continuación a la siguiente dirección.

**Asegúrese de enviar copias cuando sea señalado, los originales no serán devueltos.**

**TODA DOCUMENTACIÓN DEBE ENTREGARSE A LA VEZ INCLUYENDO ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTOS DE LA CUBIERTA DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD!**

\_\_\_\_\_ Solicitud Completada

\_\_\_\_\_ PARA VETERANOS SOLO: Copias de la Forma DD sin editar 214

\_\_\_\_\_ Fotocopias de los talones de pago del solicitante de los **últimos dos meses**

\_\_\_\_\_ Fotocopias de los talones de pago del Co-solicitante de los **últimos dos meses**

\_\_\_\_\_ Fotocopias de las declaraciones de impuestos del solicitante de los **últimos dos años**

\_\_\_\_\_ Fotocopias de las declaraciones de impuestos del Co-solicitante de los **últimos dos años**

\_\_\_\_\_ Fotocopias de tres más recientes pagos del alquiler, facturas de utilidades y facturas de tarjetas de crédito. (cheque, giro postal o recibo)

\_\_\_\_\_ Fotocopias de identificación con foto y tarjeta de seguro social de todos los solicitantes

\_\_\_\_\_ Fotocopias de certificados de nacimiento o documentos de legalización para todos los miembros de la familia.

\_\_\_\_\_ Fotocopias de **dos** estados de cuenta bancarios más recientes (cheques y de ahorros)

\_\_\_\_\_ Formulario completado "Hoja de cálculo de gastos mensuales" (**Azul**)

\_\_\_\_\_ Formulario completado "Verificación de Empleo" para todos los solicitantes (**Rosa**)

\_\_\_\_\_ Formulario completado "Cuestionario Arrendador" (**Anaranjado**)

\_\_\_\_\_ Formulario completado "Autorización para Divulgación de Información Personal" de todos los solicitantes (**Verde**)

\_\_\_\_\_ Divulgación de plan de construcción (**Púrpura**)

\_\_\_\_\_ Poblaciones especiales ofrecidos (**Cal**)

\_\_\_\_\_ Cuota de \$20.00 de Verificación de crédito (si no se ha sometido)

\_\_\_\_\_ **Explicación por escrito de todos los documentos que falten**

\_\_\_\_\_ Verificación de **TODAS** las fuentes de ingresos del hogar

\_\_\_\_\_ Asistencia General \_\_\_\_\_ Pensión \_\_\_\_\_ Cupones para Alimentos \_\_\_\_\_ Sustento de Menores

\_\_\_\_\_ Seguro Ingreso Suplementario (SSI) Beneficio Sobrevivientes \_\_\_\_\_ Seguro Ingreso Suplementario (SSI)

\_\_\_\_\_ Incapacidad \_\_\_\_\_ Ayuda Familias Hijos Dependientes (AFDC) o Asistencia Temporal Familias Necesitadas (TANF)



**FECHA LÍMITE DE LA SOLICITUD:** \_\_\_\_\_

Envíe por correo o entregar personalmente a:

CDHFH 544 Webbs Lane, Dover, DE 19904

Teléfono: (302) 526-2366 Fax: (302) 526-7506



Central Delaware

**Habitat  
for Humanity®**

Central Delaware Habitat for Humanity  
544 Webbs Lane Dover, DE 19901  
(302) 526-2366

# Solicitud DE VIVIENDA



Estamos comprometidos con el contenido y los principios de las normas del gobierno federal para proveer viviendas en igualdad de oportunidades en todo el país. Alentamos y promovemos un programa de marketing y publicidad positivos, en el que no existan barreras para la obtención de una vivienda por motivos de raza, color de piel, religión, sexo, discapacidad, situación familiar o nacionalidad.

**Estimado solicitante:** Usted deberá llenar esta solicitud para establecer si es elegible para una casa de Hábitat para la Humanidad. Por favor, llene la solicitud de forma tan completa y precisa como sea posible. Toda la información incluida en esta solicitud será confidencial.

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicitante				Co-solicitante			
Nombre del solicitante				Nombre del co-solicitante			
Número de Seguro Social		Teléfono de la casa		Edad		Número de Seguro Social	
Teléfono de la casa		Edad		Número de Seguro Social		Teléfono de la casa	
Edad		Número de Seguro Social		Teléfono de la casa		Edad	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro estado civil (soltero, divorciado, viudo)				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro estado civil (soltero, divorciado, viudo)			
<b>Familiares a cargo</b> y otras personas que vivirán con usted (no enumerados por el co-solicitante)				<b>Familiares a cargo</b> y otras personas que vivirán con usted (no enumerados por el solicitante)			
<b>Nombre</b>		<b>Edad</b>		<b>Sexo</b>		<b>Sexo</b>	
				masculino/femenino		masculino/femenino	
_____		_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____		_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____		_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____		_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____		_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dirección actual (calle, ciudad, estado, código postal)				Dirección actual (calle, ciudad, estado, código postal)			
<input type="checkbox"/> Vivienda propia		<input type="checkbox"/> Arrendamiento		Cantidad de años _____		<input type="checkbox"/> Vivienda propia	
<input type="checkbox"/> Arrendamiento		Cantidad de años _____		<input type="checkbox"/> Vivienda propia		<input type="checkbox"/> Arrendamiento	
Cantidad de años _____		<input type="checkbox"/> Vivienda propia		<input type="checkbox"/> Arrendamiento		Cantidad de años _____	
<b>Si vive en este domicilio desde hace menos de dos años, complete lo siguiente.</b>				<b>Si vive en este domicilio desde hace menos de dos años, complete lo siguiente.</b>			
Dirección de su residencia anterior (calle, ciudad, estado, código postal)				Dirección de su residencia anterior (calle, ciudad, estado, código postal)			
<input type="checkbox"/> Propietario		<input type="checkbox"/> Inquilino		Número de años _____		<input type="checkbox"/> Propietario	
<input type="checkbox"/> Inquilino		Número de años _____		<input type="checkbox"/> Propietario		<input type="checkbox"/> Inquilino	
Número de años _____		<input type="checkbox"/> Propietario		<input type="checkbox"/> Inquilino		Número de años _____	

## 2. SOLO PARA USO DE LA OFICINA — NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Fecha de envío de la carta: \_\_\_\_\_

¿Se solicitó más información?    Sí    No

Fecha de la visita al hogar: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud completada: \_\_\_\_\_

Fecha de envío de la carta: \_\_\_\_\_

Aceptada    Denegada

### 3. MANIFESTACIÓN DE LA VOLUNTAD DE COOPERACIÓN

Para ser considerado para una casa Hábitat, usted y su familia deben tener la intención de dedicar una cierta cantidad de horas para la autoconstrucción y la ayuda mutua (sweat-equity). Estos conceptos se refieren a la asistencia que usted deberá prestar para la construcción de su propia vivienda y la de otros, lo que podrá incluir el desmonte del terreno, la pintura, la construcción misma, tareas en la oficina de Hábitat, la participación en clases para familias propietarias u otras actividades aprobadas.

ESTOY DISPUESTO A DEDICAR LAS HORAS NECESARIAS PARA LA AUTOCONSTRUCCIÓN Y LA AYUDA MUTUA.

	Sí	No
Solicitante:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co-solicitante:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. ESTADO ACTUAL DE LA VIVIENDA

Cantidad de cuartos (por favor marque un círculo en el número correspondiente): 1 2 3 4 5

Otros cuartos en el lugar donde vive actualmente:  Cocina  Baño  Sala  Comedor  Otro (por favor, describa) \_\_\_\_\_

Si arrienda su residencia, ¿cuál es el monto mensual de la renta? \$ \_\_\_\_\_ /mes

(Por favor adjunte una copia de su contrato de arrendamiento o una copia de un recibo de un giro postal o un cheque de la renta cobrada)

Nombre, dirección y número telefónico del arrendador actual: \_\_\_\_\_

En el siguiente espacio, describa el estado de la casa o apartamento donde vive. ¿Por qué necesita una casa Hábitat?

### 5. INFORMACIÓN SOBRE LA PROPIEDAD

Si es propietario de su residencia, ¿cuál es el monto mensual de la hipoteca? \$ \_\_\_\_\_ /mes Saldo sin cancelar \$ \_\_\_\_\_

¿Es propietario del terreno?  No  Sí (En caso afirmativo, por favor describa el terreno, incluida la ubicación) \_\_\_\_\_

¿El terreno está hipotecado?  No  Sí En caso afirmativo: Pago mensual \$ \_\_\_\_\_ Saldo sin cancelar \$ \_\_\_\_\_

Si se aprueba su solicitud para una casa Hábitat, ¿cómo debe figurar su/s nombre/s en los documentos legales?

### 6. INFORMACIÓN LABORAL

Solicitante:		Co-solicitante:	
Nombre y dirección del empleador <b>actual</b> :	Cantidad de años en este empleo	Nombre y dirección del empleador <b>actual</b> :	Cantidad de años en este empleo
	Salario (bruto) mensual \$		Salario (bruto) mensual \$
Tipo de empresa	Número telefónico	Tipo de empresa	Número telefónico
<b>Si trabaja en el empleo actual hace menos de un año, brinde la siguiente información.</b>			
Nombre y dirección del <b>último</b> empleador:	Cantidad de años en este empleo	Nombre y dirección del <b>último</b> empleador:	Cantidad de años en este empleo
	Salario (bruto) mensual \$		Salario (bruto) mensual \$
Tipo de empresa	Número telefónico	Tipo de empresa	Número telefónico

**7. INGRESO MENSUAL Y FACTURAS MENSUALES COMBINADAS**

Ingresos brutos mensuales	Solicitante	Co-solicitante	<sup>2</sup> Otras personas del hogar	<sup>3</sup> Facturas mensuales	Cantidad mensual
<sup>1</sup> Ingreso salarial básico	\$	\$	\$	Renta	\$
Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)				Servicios públicos	
Estampillas para alimentos				Pagos de un vehículo	
Seguro Social				Seguro	
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)				Guardería	
Discapacidad				Almuerzo escolar	
Pensión alimenticia				Pago promedio de tarjetas de crédito	
Manutención infantil				Préstamos para estudiantes	
Otros				Pensión alimenticia/ Manutención infantil	
<b>Total</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>Total</b>	<b>\$</b>

<sup>1</sup>Los solicitantes que son trabajadores autónomos deberán proporcionar una documentación adicional, por ejemplo, declaraciones de impuestos y estados financieros.

<sup>3</sup>Por favor adjunte copias de las facturas del último mes.

<sup>2</sup>Enumere a los otros miembros del grupo familiar mayores de 18 años que ganan ingresos:

Nombre	Edad	Ingreso mensual
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**8. ORIGEN DEL ANTICIPO DE PAGO Y LOS COSTOS DE CIERRE**

¿Cómo conseguirá el dinero para hacer el anticipo de pago (por ejemplo, de una cuenta de ahorros o de sus padres)? Si toma prestado el dinero, ¿a quién solicitará el préstamo y cómo lo cancelará?

**9. BIENES Y RECURSOS**

**Enumere a continuación las cuentas corrientes y de ahorros**

Nombre y dirección del banco, instituciones de ahorro o préstamo, o cooperativa de crédito:	Nombre y dirección del banco, instituciones de ahorro o préstamo, o cooperativa de crédito:
Número de cuenta: Saldo \$	Número de cuenta: Saldo \$
Nombre y dirección del banco, instituciones de ahorro o préstamo, o cooperativa de crédito:	Nombre y dirección del banco, instituciones de ahorro o préstamo, o cooperativa de crédito:
Número de cuenta: Saldo \$	Número de cuenta: Saldo \$
Nombre y dirección del banco, instituciones de ahorro o préstamo, o cooperativa de crédito:	Nombre y dirección del banco, instituciones de ahorro o préstamo, o cooperativa de crédito:
Número de cuenta: Saldo \$	Número de cuenta: Saldo \$

<b>¿Es propietario de alguno de los siguientes bienes?</b>	Sí	No	<b>¿Es propietario de algún vehículo?</b>	Sí	No
Bote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auto (Nº1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa rodante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca y año _____		
Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auto (Nº2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca y año _____		

### 10. DEUDAS

#### ¿A quiénes usted y el co-solicitante adeudan dinero?

COLUMNA 1		COLUMNA 2	
Auto	Pago mensual      Saldo sin cancelar \$                      \$	Contratos de teléfonos celulares	Pago mensual      Saldo sin cancelar \$                      \$
	Meses pendientes de pago.		Meses pendientes de pago.
Mobiliario, electrodomésticos y televisores	Pago mensual      Saldo sin cancelar \$                      \$	<b>Otro dinero adeudado</b>	
	Meses pendientes de pago.	Nombre y dirección de la compañía	Pago mensual      Saldo sin cancelar \$                      \$
Tarjetas de crédito	Pago mensual      Saldo sin cancelar \$                      \$		Meses pendientes de pago.
	Meses pendientes de pago.	Pensión alimenticia/Manutención infantil	\$                      /mes
Gastos médicos	Pago mensual      Saldo sin cancelar \$                      \$	Gastos laborales	\$                      /mes
	Meses pendientes de pago.	(Guardería, cuotas sindicales, etc.)	\$                      /mes
<b>Columna 1: subtotal de los pagos</b>	\$                      /mes	<b>Columna 2: subtotal de los pagos</b>	\$                      /mes
		<b>Gastos mensuales totales</b>	\$                      /mes

### 11. DECLARACIONES

Por favor marque la casilla que responda mejor las siguientes preguntas en su caso y en el del co-solicitante.

	Solicitante		Co-solicitante	
a. ¿Tiene alguna deuda pendiente como resultado de una resolución judicial en su contra?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Se lo declaró en quiebra en los últimos siete años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Se ejecutó una hipoteca en su contra en los últimos siete años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. ¿Es parte actualmente de alguna demanda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. ¿Paga una pensión alimenticia o manutención infantil?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. ¿Es usted ciudadano estadounidense o residente permanente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas desde la a hasta la e, o "no" a la pregunta f, por favor incluya una explicación en una hoja separada.

### 12. AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que al llenar esta solicitud, autorizo a Hábitat para la Humanidad a evaluar mi necesidad actual de una casa Hábitat, mi capacidad para cancelar el préstamo sin intereses y otros gastos relacionados con la propiedad de una vivienda y mi intención de convertirme en una familia propietaria. Entiendo que la evaluación incluirá visitas personales y una comprobación de crédito y de los antecedentes laborales. Respondí todas las preguntas en esta solicitud de modo veraz. Entiendo que si no respondo las preguntas de forma veraz, se podrá denegar mi solicitud, y que aunque ya haya sido seleccionado para recibir una casa Hábitat, podré ser descalificado del programa. Hábitat para la Humanidad conservará el original o una copia de esta solicitud, aunque ésta no sea aprobada.

Además comprendo que Hábitat para la Humanidad verifica los antecedentes de todo el personal (remunerados o no), de todos los miembros de la Junta Directiva y de todas las familias solicitantes potenciales en el registro de delincuentes sexuales y que, al llenar esta solicitud, someto mi persona y la de todas las personas indicadas en la primera página de la solicitud a dicha comprobación de antecedentes. Asimismo comprendo que, al llenar esta solicitud, someto mi persona y la de todas las personas indicadas en la primera página de dicha solicitud a una averiguación de antecedentes criminales.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del co-solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

**POR FAVOR TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Si necesita más espacio para llenar cualquier parte de esta solicitud, por favor use una hoja separada y adjúntela a esta solicitud. Por favor marque sus comentarios adicionales con una "A" para el solicitante o una "C" para el co-solicitante.

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Nombre del co-solicitante \_\_\_\_\_

**13. INFORMACIÓN A LOS FINES DE SUPERVISIÓN DEL GOBIERNO**

**Por favor lea este enunciado antes de marcar las siguientes casillas:** El gobierno federal solicita la siguiente información para los préstamos relacionados con la compra de viviendas, con el fin de supervisar el cumplimiento de la institución de préstamo con la política de crédito en igualdad de oportunidades y las leyes sobre una vivienda justa. Usted no está obligado a proveer estos datos pero se lo alienta a que lo haga. La ley dispone que una institución de préstamo no puede discriminar a un solicitante basándose en estos datos ni tampoco por el hecho que usted decida proveerlos o no. Sin embargo, si decide no brindar estos datos, conforme a las regulaciones federales, esta institución de préstamo debe considerar la raza y el sexo basándose en una observación visual o en el apellido. Si no desea proveer los siguientes datos, por favor marque la casilla a continuación. (La institución de préstamo debe revisar el material precedente para asegurarse de que las declaraciones satisfagan todos los requisitos que la institución debe cumplir conforme a las leyes vigentes de un estado para el préstamo solicitado).

Solicitante:	Co-solicitante:
<input type="checkbox"/> No deseo proveer esta información.	<input type="checkbox"/> No deseo proveer esta información.
<b>Raza/Nacionalidad:</b> <input type="checkbox"/> Indio nacido en Estados Unidos o Alaska <input type="checkbox"/> Nacido en Hawaii u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza negra/Afroamericano <input type="checkbox"/> Raza caucásica <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nacido en Estados Unidos o Alaska Y caucásico <input type="checkbox"/> Asiático Y caucásico <input type="checkbox"/> Raza negra/Afroamericano Y caucásico <input type="checkbox"/> Indio nacido en Estados Unidos o Alaska Y de raza negra/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro (por favor, aclare)	<b>Raza/Nacionalidad:</b> <input type="checkbox"/> Indio nacido en Estados Unidos o Alaska <input type="checkbox"/> Nacido en Hawaii u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza negra/Afroamericano <input type="checkbox"/> Raza caucásica <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nacido en Estados Unidos o Alaska Y caucásico <input type="checkbox"/> Asiático Y caucásico <input type="checkbox"/> Raza negra/Afroamericano Y caucásico <input type="checkbox"/> Indio nacido en Estados Unidos o Alaska Y de raza negra/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro (por favor, aclare)
<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ / _____ / _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ / _____ / _____
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro estado civil (soltero, divorciado, viudo)	<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro estado civil (soltero, divorciado, viudo)

**Para ser completado solo por la persona que realiza la entrevista**

Esta solicitud se recibió: <input type="checkbox"/> A través de una entrevista personal <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Por teléfono	Nombre del entrevistador (en letra de imprenta o mecanografiado)	
	Firma del entrevistador	Fecha
	Número de teléfono del entrevistador	

## GASTOS MENSUALES

			
<b>VIVIENDA</b>			<b>MÉDICO</b>
Renta / Hipoteca	\$ -	Facturas de Hospital	\$ -
Equidad de Préstamo(s)	\$ -	Copagos Médico	\$ -
Alquiler del Lote o Solar	\$ -	Copagos Dentales	\$ -
Electricidad	\$ -	Medicamentos	\$ -
Gas/Aceite	\$ -	Otros (Especificar)	\$ -
Teléfono	\$ -	<b>TOTAL</b>	\$ -
Agua / Alcantarillado	\$ -		
Recolección de Basura	\$ -		
Cable TV / Televisión por Cable	\$ -	<b>PERSONAL</b>	
Otros (Especificar)	\$ -	Barbero / Salón de belleza / Uñas	\$ -
<b>TOTAL</b>	\$ -	Ropa	\$ -
		Tabaco / Alcohol	\$ -
<b>ARTICULOS COMESTIBLES</b>	\$ -	Regalos / Tarjetas	\$ -
Factura de Alimentos	\$ -	Donaciones (Iglesia/Org.Benéficas)	\$ -
Cenar Fuera	\$ -	<b>AHORRO</b>	\$ -
Almuerzos Escuela / Trabajo	\$ -	<b>TOTAL</b>	\$ -
Artículos del Hogar	\$ -		
Artículos de Higiene / Cosméticos	\$ -	<b>GASTOS DE TRABAJO</b>	
<b>TOTAL</b>	\$ -	Cuidado Infantil	\$ -
		Uniformes	\$ -
		Misc.(cuotas/honorarios/adelantos)	\$ -
<b>TRANSPORTACIÓN</b>		<b>TOTAL</b>	\$ -
Pago de Automóvil	\$ -		
Seguro (Automóvil)	\$ -	<b>GASTOS ADICIONALES</b>	
Mantenimiento de Rutina	\$ -	Cumpleaños /Aniversarios /Festivos	\$ -
Transportación Pública	\$ -	Tarjeta de crédito(s)	\$ -
Estacionamiento / Peajes	\$ -	Artículos Alquilados/Financiados	\$ -
Gasolina	\$ -	Recreación / Entretenimiento	\$ -
<b>TOTAL</b>	\$ -	Educación	\$ -
		Periódicos / Revistas	\$ -
<b>SEGURO</b>		Pensión/ Manutención de Menores	\$ -
Casa / Inquilinos	\$ -	Clubes / Pasatiempos / Intereses	\$ -
Salud	\$ -	Préstamo(s)	\$ -
Vida	\$ -	Multa(s)	\$ -
Otros (Especificar)	\$ -	Teléfono Móvil / Buscapersonas	\$ -
<b>TOTAL</b>	\$ -	Internet	\$ -
		<b>TOTAL</b>	\$ -
		<b>INGRESOS MENSUALES NETOS</b>	
		<b>GASTOS TOTALES</b>	\$ -
		<b>EXCEDENTE /SUPERÁVIT</b>	\$ -
Firma		Fecha	

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_



**Solicitud de Verificación de Empleo**

PARA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_  
Seguro Social # \_\_\_\_\_

El individuo antes mencionado ha aplicado para vivienda propia con Central Delaware Habitat for Humanity y ha dado a Habitat autorización por escrito para recibir verificación de empleo de usted. Sus respuestas a las siguientes preguntas le ayudarán a Habitat en la tramitación de la solicitud de este individuo. **Por favor complete este formulario y devuélvalo a su empleado o por correo a CDHFH 544 Webbs Lane Dover, DE 19904 o por fax al (302) 526-7506.** Si usted tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud o acerca de Habitat, por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros al (302) 526-2366. ¡Gracias por ayudarnos a ayudar a otra familia para convertirse en dueño de su casa!

Historial de Empleo: Fecha de contratación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Posición actual del empleado: \_\_\_\_\_

Verificación de Salarios:

Salario por hora: \_\_\_\_\_

Período de Pago: \_\_\_\_\_

Tiempo promedio de trabajo por semana: \_\_\_\_\_ día(s) \_\_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_\_ hora(s) extras

Durante los últimos 12 meses de empleo, ¿cuántos días el empleado estuvo ausente?

\_\_\_\_\_

Persona que completa éste formulario:

Nombre (Por favor escriba en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Liberación:** Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada a Central Delaware Habitat for Humanity. La información obtenida bajo éste consentimiento se limita a la información que sea relevante para la información solicitada que aparece arriba. Esta información incluye la situación en el empleo registrado y la historia.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_



**Solicitud de Verificación de Empleo**

PARA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_  
Seguro Social # \_\_\_\_\_

El individuo antes mencionado ha aplicado para vivienda propia con Central Delaware Habitat for Humanity y ha dado a Habitat autorización por escrito para recibir verificación de empleo de usted. Sus respuestas a las siguientes preguntas le ayudarán a Habitat en la tramitación de la solicitud de este individuo. **Por favor complete este formulario y devuélvalo a su empleado o por correo a CDHFH 544 Webbs Lane Dover, DE 19904 o por fax al (302) 526-7506.** Si usted tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud o acerca de Habitat, por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros al (302) 526-2366. ¡Gracias por ayudarnos a ayudar a otra familia para convertirse en dueño de su casa!

Historial de Empleo: Fecha de contratación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Posición actual del empleado: \_\_\_\_\_

Verificación de Salarios:

Salario por hora: \_\_\_\_\_

Período de Pago: \_\_\_\_\_

Tiempo promedio de trabajo por semana: \_\_\_\_\_ día(s) \_\_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_\_ hora(s) extras

Durante los últimos 12 meses de empleo, ¿cuántos días el empleado estuvo ausente?

\_\_\_\_\_

Persona que completa éste formulario:

Nombre (Por favor escriba en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Liberación:** Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada a Central Delaware Habitat for Humanity. La información obtenida bajo éste consentimiento se limita a la información que sea relevante para la información solicitada que aparece arriba. Esta información incluye la situación en el empleo registrado y la historia.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_



544 Webbs Lane  
Dover, DE 19904

**AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL**

A quien pueda interesar:

Yo / Nosotros autorizamos la liberación de cualquier y toda la información financiera solicitada por Central Delaware Habitat for Humanity, incluyendo los siguientes;

- Información de Cuenta de Cheques y Ahorros
- Referencias Personales y de crédito
- Informe de Crédito
- Estados de Cuenta de Arrendadores
- Verificación de Pagos del Servicio Social
- Información o registros de Salarios y Sueldos

Una copia de esta autorización puede ser considerada equivalente al original y puede ser utilizado como un duplicado del original.

Yo / Nosotros entendemos que las solicitudes a terceros, de cualesquiera / toda la información antedicha podrá hacerse por agentes autorizados de Central Delaware Habitat for Humanity.

Yo / Nosotros por este medio liberamos a usted y Central Delaware Habitat for Humanity de toda responsabilidad legal o responsabilidad que pueda derivarse de honrar esta autorización o por el uso de la misma por Central Delaware Habitat for Humanity.

Yo / Nosotros entendemos que Central Delaware Habitat for Humanity verificará los nombres de los solicitantes en contra del registro de delincuentes sexuales.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante – Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Co-Solicitante - Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Co-Solicitante

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Co-Solicitante

\_\_\_\_\_  
Dirección actual del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Dirección actual del Co-Solicitante



Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_



544 Webbs Lane  
Dover, DE 19904

Fecha: \_\_\_\_\_

Querido Arrendador:

Su inquilino, \_\_\_\_\_, que reside en \_\_\_\_\_, ha solicitado para vivienda propia con Central Delaware Habitat for Humanity. Su respuesta a las siguientes preguntas es un componente crítico para el proceso de la solicitud.

**Por favor, complete este formulario y devolverlo a su inquilino o por correo a: CDHFH 544 Webbs Lane Dover, DE 19904 o por fax al (302) 526-7506.**

Si usted tiene alguna pregunta, mientras completa este formulario, por favor contáctenos al (302) 526-2366.

1. Favor especificar la fecha en este inquilino empezó a alquilar de usted:

Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

1. Cantidad actual de los pagos mensuales de alquiler: \_\_\_\_\_  
2. Cuántas veces este inquilino se ha demorado con el pago del alquiler  
1-5 días \_\_\_\_\_; 6-15 días \_\_\_\_\_; sobre 30 días \_\_\_\_\_  
Favor proporcionar cualquier comentario relevante.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Cuán bien éste inquilino mantiene la propiedad? (Escala 1 (muy pobre) a 5 (muy bien) Por favor, explique.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Le alquilaría a éste inquilino nuevamente? SI / NO

Firma del Actual Arrendador: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde y fecha: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

**Liberación:** Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada a Central Delaware Habitat for Humanity. La información obtenida bajo éste consentimiento se limita a la información que sea relevante para la información solicitada que aparece arriba. Esta información incluye registro, estado e historial del inquilino.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha





**DIVULGACIÓN DE PLAN DE CONSTRUCCIÓN 2015**

**En el futuro previsible Central Delaware Habitat for Humanity estará en la construcción de viviendas en las áreas de South Kirkwood Street en Dover.**

**Mientras que el programa de construcción está sujeto a cambios, su aplicación está siendo considerada específicamente para un hogar en el área de Dover.**

**Si soy aceptado como una familia beneficiaria de Habitat, yo estoy de acuerdo que voy a estar dispuesto a vivir/comprar una casa en el área de Dover.**

---

**Solicitante**

---

**Fecha**

---

**Co-Solicitante**

---

**Fecha**



Central Delaware  
**Habitat**  
 for Humanity®



544 Webbs Lane  
 Dover, DE 19904

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

**Poblaciones especiales para ser servido como  
 Requerida por las Fuentes de Financiación**

- Sí  No  1. *Discapacidades físicos o mentales:* (1) Una persona quien tiene limitaciones funcionales con una discapacidad física o mental quien recibe beneficios del departamento de disparidades del gobierno federal o estatal. (2) Una persona quien esta considerada discapacitado por un profesional certificado quien da fe de las limitaciones de cierta persona y como la discapacidad afecta las áreas del trabajo, interacciones sociales, la independencia propia, y del aprendizaje.
- Sí  No  2. *Discapacidades del desarrolló:* (1) Una persona con una discapacidad crónico del desarrolló quien tiene un diagnostico de retraso mental y recibe beneficios del gobierno federal o estatal. (2) Una persona quien esta considerada discapacitado por un profesional certificado quien da fe de las limitaciones de cierta persona y como la discapacidad afecta las áreas del trabajo, interacciones sociales, la independencia propia, y del aprendizaje.
- Sí  No  3. *Personas recuperando del abuso domestico (abuso físico):* Una persona quien fue sujetado a abusos físicos o maltrato por otra persona y tiene documentos de un proveedor de servicios.
- Sí  No  4. *Personas recuperando del abuso domestico (abuso emocional):* Una persona que fue sujeto de abuso emocional pero quien no fue abusado fiscalmente y tiene documentos de un proveedor de servicios.
- Sí  No  5. *Personas recuperando de una dependencia química:* Una persona que tiene un pasado de dependencia de alcohol, drogas, o otros químicos o dependencias y esta recibiendo tratamiento para la dependencia por un proveedor de servicios.
- Sí  No  6. *Personas con VIH o SIDA:* Una persona con un diagnostico de Síndrome de Inmunodeficiencia Auto por un medico profesional, o una persona quien tiene un diagnosis de VIH por un medico profesional, y quien esta recibiendo tratamientos médicos por la condición diagnosticada.
- Sí  No  7. *Veterano:* Rama de militar: \_\_\_\_\_

Años Sirviendo: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_