



**TAMPA BAY
COMMUNITY DEVELOPMENT CORPORATION**

2139 NE Coachman Road, Clearwater, Florida 33765
(727) 442-7075 Fax (727) 446-8727
www.tampabaycdc.org

Estimado/a Futuro Dueño/a:

¡Felicidades! Usted ha tomado el primer paso hacia ser Dueño/a de Casa en el Condado de Pinellas. Gracias por su interés en los programas de Tampa Bay CDC. Atado a esta, encontrara la aplicación que usted necesita. Esta es una Aplicación de Préstamo PRELIMINARIA solamente. Esta ha sido diseñada para pre-examinar su ingreso, hacer una determinación inicial de su caso y para ver si usted califica para recibir la asistencia. **Además de aplicar con el Tampa Bay CDC, usted tiene que aplicar para su préstamo principal a través de un Banco/Prestamista aprobado por el CDC.**

Por favor llene la forma completa, firme donde sea indicado y devuelva la forma junto con su cuota para la Certificación de Ingreso, esta cuota no se devuelve (\$25 por individuo o \$40 por dos adultos). Envíe a la dirección anotada mas abajo. No deje ninguna parte de la forma en blanco y no se olvide mandar la cuota requerida, ya que el no hacerlo puede demorar el proceso de su préstamo.

¿CÓMO PUEDO SOMETER MI APLICACIÓN?

1. Traiga en persona o envíe por correo su aplicación original a:

**Tampa Bay CDC
2139 N. E. Coachman Rd., Clearwater, FL 33765**

2. Puede mandar su aplicación por Fax al: (727) 446-8727 y enviar su cuota para la Certificación de Ingreso por correo a la dirección anotada. (Favor de anotar que su aplicación será procesada cuando se reciba su cuota.
3. Puede aplicar por medio de nuestra pagina del Internet al: www.tampabaycdc.org y enviar su cuota para la Certificación de Ingreso por correo a la dirección anotada. (Favor de anotar que su aplicación será procesada cuando se reciba su cuota.

Tampa Bay CDC no se hará responsable por aplicaciones que hayan sido enviadas a otro lugar, o dadas a otras personas. Si otra persona que no sea usted será encargado/a de entregar su aplicación, asegure que usted nos llame para confirmar que fue recibida por nosotros.

Para ser justos con todos nuestros solicitantes, las aplicaciones son revisadas en la orden que fueron recibidas – entre 3 y 4 días de negocio. Favor de anotar que el tiempo del proceso no comenzara hasta que la cuota para la Certificación de Ingreso no haya sido recibida. Asegure que llene la aplicación por completo ya que una aplicación incompleta será devuelta a usted.

NOSOTROS RECONOCEMOS QUE USTED TENIA OTRAS OPCIONES CUANDO SELECCIONO SU PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL ENGANCHE Y COSTOS DE CIERRE, NOS SENTIMOS HONRADOS QUE USTED NOS PREFIRIÓ A NOSOTROS!!!! SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME A NUESTRO EQUIPO DE EMPLEADOS AL: (727) 442-7075.

TAMPA BAY COMMUNITY DEVELOPMENT CORPORATION

2139 N. E. Coachman Road, Clearwater, FL 33765
Teléfono: (727) 442-7075 * Fax: (727) 446-8727

APLICACIÓN DE PRÉSTAMO PRELIMINARÍA

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD (sí es aplicable)

Dirección de la Propiedad (incluya ciudad, estado y código postal):

Esta la propiedad que usted esta comprando: vacante ocupada por el vendedor
 ocupada por un inquilino ocupada por usted

La propiedad que usted esta comprando es una casa: Pre-existente Construcción nueva

La propiedad que esta comprando será usada como: residencia principal residencia secundaria

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Usted: es dueño/a de la propiedad alquila la propiedad vive con padres/familiar

Cuanto hace que vive en esta dirección: _____ Pago mensual: \$ _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: Hombre Mujer Casado/a Soltero/a Separado/a Comprometido/a

Es usted: Ciudadano de EE.UU. Residente Permanente con Tarjeta de Inmigración

Étnica (solo para información demográfica): Americano Afro-Americano Hispano

Asiático/Islands Pacíficas Americano Nativo Otro (especifique): _____

Necesidad Especial: (solo para información demográfica): Anciano Desamparado

Trabajador de Agricultura Deshabilitado, Deshabilitado por Desarrollo Mental, Menor Deshabilitado

Otro (especifique): _____

*Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección del Trabajo: _____

Pago (bruto) \$ _____ por año mes semana hora otro (especifique): _____

***Si usted tiene mas de un trabajo, favor de escribir en otra pagina la misma información que dio para su empleo principal y átelo a esta aplicación.**

Favor de llenar esta sección por completo. No deje nada en blanco. (Si no le aplica a usted marque con N/A o \$0)

Usted recibe: ___ Manutención para Niños ___ Sueldos (antes conocido como AFDC) ___ Seguro Social ___ Seguro

Social de Deshabilitado ___ Pensión ___ Desempleo ___ Compensación de Empleo ___ Manutención Matrimonial

Otro (especifique): ___ Si contesto "SI" en lo anterior, indique la cantidad que usted recibe: \$ _____

SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN SOBRE EL CO-SOLICITANTE-ESPOSO/A - OTROS ADULTOS

ESTA SECCIÓN TIENE QUE SER LLENADA POR CADA ADULTO (MAYOR DE 17 AÑOS) QUE RESIDA O INTENTE RESIDIR EN EL HOGAR (ESTO INCLUYE; ESPOSO/A, PADRE/S, AMIGO/A, HIJO ADULTO/FAMILIAR) SEA O NO LA PERSONA PARTE DE LA HIPOTECA PRIMARIA.

Sera el/la Co-Solicitante/Esposo/a/Miembro de Familia puesto en la aplicacion para Calificar para la Hipoteca? Si No

Vivira el/la Co-Solicitante/Esposo/a/Miembro de Familia en la Propiedad? Si No

Nombre: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Usted: es dueño/a de la propiedad alquila la propiedad vive con padres/familiar
Cuanto hace que vive en esta dirección: _____ Pago mensual: \$ _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: Hombre Mujer Casado/a Soltero/a Separado/a Comprometido/a
Es usted: Ciudadano de EE.UU. Residente Permanente con Tarjeta de Inmigración (favor de proveer copia de su Tarjeta)

Étnica (solo para información demográfica): Americano Afro-Americano Hispano
 Asiático/Islas Pacificas Americano Nativo Otro (especifique): _____

Necesidad Especial: (solo para información demográfica): Anciano Desamparado Trabajador de Agricultura Deshabilitado, Deshabilitado por Desarrollo Mental, Menor Deshabilitado
 Otro (especifique): _____

*Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección del Trabajo: _____

Pago (bruto) \$ _____ por _____ ano _____ mes _____ semana _____ hora _____ otro (especifique): _____

***Si usted tiene mas de un trabajo, favor de escribir en otra pagina la misma información que dio para su empleado principal y átelo a esta aplicación.**

Favor de llenar esta sección por completo. No deje nada en blanco. (Si no le aplica a usted marque con N/A o \$0)

Usted recibe: Manutención para Niños Sueldos (antes conocido como AFDC) Seguro Social Seguro Social de Deshabilitado Pensión Desempleo Compensación de Empleo Manutención Matrimonial
Otro (especifique): Si contesto "SI" en lo anterior, indique la cantidad que usted recibe: \$ _____

SECCIÓN 4 - INFORMACIÓN SOBRE SUS BIENES

Tiene usted uno u mas de los siguientes bienes? (marque todos los que sean aplicables)

<input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques/Ahorros	Nombre del Banco: _____	Cantidad Actual: \$ _____
<input type="checkbox"/> Certificados de Deposito	Nombre del Banco: _____	Cantidad Actual: \$ _____
<input type="checkbox"/> 401K (Retiro)	Nombre del Banco: _____	Cantidad Actual: \$ _____
<input type="checkbox"/> IRA/Cuenta de Retiro Individual)	Nombre del Banco: _____	Cantidad Actual: \$ _____
<input type="checkbox"/> Acciones y Bonos	Nombre del Banco: _____	Cantidad Actual: \$ _____
<input type="checkbox"/> Otros Bienes _____	Nombre del Banco: _____	Cantidad Actual: \$ _____

SECCIÓN 5 - EDUCACIÓN DE PRIMEROS COMPRADORES

Yó/Nosotros ____ Si ____ No he/hemos completado las Clases Requeridas de Primeros Compradores
Fecha en cual Atendieron: _____ Si no la han tomado: Fecha de Registración: _____

Instructor: ____ Tampa Bay CDC (Agencia aprobada por HUD) – (727) 442-7075
____ Consumer Credit Counseling (Agencia aprobada por HUD) – (800) 741-7040
____ Community Service Foundation – (727) 461-0618

SECCIÓN 6 - INFORMACIÓN SOBRE TODAS PERSONAS EN EL HOGAR

SOLICITANTE/CO-SOLICITANTE INFORMACIÓN GENERAL	SOLICITANTE	CO-SOLICITANTE
Nombre Completo		
Numero de Seguro Social		
Fecha de Nacimiento/Edad		

OTROS MIEMBROS QUE RESIDEN O INTENTAN RESIDIR EN LA PROPIEDAD:

NOMBRES	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO/EDAD	RELACION AL SOLICITANTE

Yó/Nosotros entendemos que la Ley de Florida 817 dice que declaraciones falsas o distorcionadas con respecto a ingresos, bienes, o cantidad de personas en la familia/hogar es un delito de primer grado, y puede ser multado y/o encarselado bajo el Estatuto 775.082 o 775.83. **Yó/Nosotros** entendemos que declaraciones/informacion intencionalmente falsas pueden dar base a ser descalificados para esta asistencia. **Yó/Nosotros** certificamos que la informacion en esta aplicacion es correcta hasta lo mejor de mi/nuestro conocimiento. **Yó/Nosotros** tambien entendemos que Tampa Bay CDC y otras agencias gubernamentales al azar, pueden auditar la informacion dada e aqui. Si omisiones o declaraciones falsas son descubiertas (en particular informacion sobre ingresos y/o cantidad de personas en la familia/hogar), yo/nosotros podemos ser sujeto a pagar de inmediato todo el dinero recibido através de u esta asistencia o podemos ser sujéto a un Redimento Hipotecario de mi/nuestra propiedad.

SECCIÓN 7 - CERTIFICACIÓN DEL/LOS SOLICITANTE(S)

He aqui El/Los suscritos certificamos y entendemos lo siguiente:

1. **Yó/Nosotros** certificamos que toda la información sumetida es correcta y exácta u hasta lo mejor de mi/nuestro conocimiento y que yó/nosotros no omitimos y no hemos declarado en falso nuestra información pertinente. **Yó/nosotros** entendemos que hacer declararaciones intencionalmente falsas en una aplicación para una hipoteca es un crimen Féderal, punible por multa y/o encarselamiento.

SECCIÓN 8 - AUTORIZACIÓN DE PERMISO PARA OBTENER INFORMACIÓN

1. **Yó/Nosotros** con nuestra firma, damos la autorización a Tampa Bay Community Development Corporation (CDC) para verificar toda la información contenida en mi/nuestra aplicación de préstamo y en todo los documentos requeridos en conexión con el préstamo. Tampa Bay CDC pudiera hacer esto antes del cierre del contrato o como parte de su programa de control de calidad en servicios. **Yó/Nosotros** con nuestra firma, le damos autorización a usted y/o su compañía darle toda información que necesite Tampa Bay Community Development Corporation (CDC) con el propósito de verificar toda la información con respecto a: (a) Historial de Empleo; fecha, título, ingreso, horario, etc..., (b) Cuentas de Banco/Cuentas de Bienes, (c) Índice de Hipoteca/Alquiler, fecha de apertura de cuenta, crédito atendido, cantidad de pago mensual, historial de pago, (d) toda otra información que sea necesaria en conexión con el reporte de crédito del consumidor para transacciones de bienes y raíces.
2. **Yó/Nosotros** autorizamos a nuestro Prestamista de Hipoteca Primario que le permita u a Tampa Bay Community Development Corporation (CDC) copias de todos los documentos relacionados con mis/nuestros archivos del préstamo que puedan asistir en la aprobación para el préstamo de asistencia, incluyendo pero no limitando a los documentos; 1003, VOE, VOD, Reporte de Crédito, Reporte de Valorización de Propiedad, y el Estimado de Buena Fé. **Yó/Nosotros** también autorizamos a Tampa Bay Community Development Corporation (CDC) que le provea u al Prestamista de Hipoteca Primario, HomeBuyers Club, Condado Municipal, o a cualquier otra persona relacionada con esta transacción de Hipoteca con todos los documentos necesarios de mis/nuestros archivos del préstamo que puedan asistir en la aprobación del préstamo.
3. **Yó/Nosotros** acordamos que le proveeremos todos los documentos necesarios que puedan asistir en determinar mi/nuestra elegibilidad y estamos conciente de que toda información y documentos sometidos son historiales de archivos públicos y son sujetos a las leyes de historiales de archivos publicos del estado de Florida.
4. Tampa Bay CDC y sus patrocinadores gubernamentales reúnen su número de Seguro Social por las siguientes razones: Clasificación de cuentas, identificación y verificación; mérito de crédito, facturación y pagos; colección de datos, conciliación, seguimiento, tramitación de beneficios, reportar impuestos, y requisitos para procesar subvenciones y préstamos bajo Sección 119.071 (5), Florida Statutes (Ley de la Florida) (2007). Números de Seguro Social sirven como un identificador numérico único, y pueden ser usados para estas razones. Firmando esta forma Yo/Nosotros afirmamos que hemos recibido una copia de la Divulgación de Póliza para Colección de Números de Seguro Social.
5. Una fotocopia o copia de carbón de esta autorización puede ser considerada como la original y puede ser usada o duplicada como una original.

Todos los miembros Adultos del hogar (mayores de 17 años) TIENEN que firmar y proveer la información requerida en la Aplicación Preliminar, SEA O NO LA PERSONA PARTE DE LA HIPOTECA PRIMARIA. Si necesitan más páginas de la aplicación pueden solicitarlas llamando a Tampa Bay CDC al: (727) 442-7075.

Firma del Apicante

Fecha: _____

Firma del Co-Apicante

Fecha: _____

Firma de Miembro Adulto del Hogar

Fecha: _____

Divulgacion de reglas para colleccion de Numeros de Seguro Social

Effectivo Octubre 1, 2007

Le informamos que Tampa Bay CDC y sus patrocinadores gubernamentales reunen su numero de Seguro Social por las siguientes razones: Clasificacion de cuentas, identificacion y verificacion; merito de credito, facturacion y pagos; coleccion de datos, conciliacion, monitar, tramitacion de beneficios, reportar impuestos, y requisitos para procesar subvenciones y prestamos bajo Seccion 119.071 (5), Florida Statutes (Ley de la Florida) (2007). Numeros de Seguro Social sirven como un identificador numerico unico, y pueden ser usados para estas razones.

**POR FAVOR MANTENGA ESTA DIVULGACION CON SU
DOCUMENTACION**

NO DEVUELVA