

COACHELLA VALLEY HOUSING COALITION

SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA EN EL PROGRAMA DE AYUDA MUTUA

EN QUE CIUDAD LE GUSTARIA COMPRAR SU CASA? FAVOR DE ESCRIBIR SUS OPCIONES ABAJO.

1) _____ 2) _____ 3) _____

Primera Opción

Segunda Opción

Tercera Opción

Se requiere un pago de \$10.00 por persona/matrimonios y \$12.00 por parejas no casadas viviendo en la misma casa.

El pago es requerido para poder evaluar su reporte de crédito. El pago deberá de ser dado con un:

GIRO POSTAL (MONEY ORDER) O CHEQUE PERSONAL. No olvide pedir su recibo, para aplicaciones recibidas por correo el recibo será enviado en un plazo de 24 horas de haber recibido su solicitud.

APELLIDO: _____ NOMBRE _____ SS# _____

CO-APLICANTE APELLIDO: _____ NOMBRE _____ SS# _____

DOMICILIO: _____

Numero de la calle

Ciudad

Estado

Zona Postal

DOMICILIO POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO: () _____ MENSAJE () _____

EMAIL DEL APLICANTE: _____ NUMERO DE PERSONAS QUE VIVIRAN EN LA CASA: _____

EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO APLICANTE: ____/____/____ EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO CO APLICANTE: ____/____/____
EDAD FECHA EDAD FECHA

CIRCULE EL NUMERO DE MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVIRAN EN LA CASA: 1 2 3 4 5 6 7 6 7 8 9+

INGRESO DEL APLICANTE: \$ _____ MARQUE SI ES POR: (____ HORA) (____ SEMANA) (____ QUINCENA) (____ ANUAL)

OTRO TIPO DE INGRESO: AFDC/SDI/SSI, OTRO: _____

INGRESO DEL CO-APLICANTE: \$ _____ MARQUE SI ES POR: (____ HORA) (____ SEMANA) (____ QUINCENA) (____ ANUAL)

OTRO TIPO DE INGRESO: AFDC/SDI/SSI, OTRO: _____

RENTA ACTUAL: \$ _____ CUANTO TIEMPO: _____ MARQUE MESES AÑOS

MARQUE LAS CONDICION DE SU CASA: BUENA REGULAR MALA

SI ES MALA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA EN DONDE TRABAJA EL APLICANTE: _____ TELEFONO _____

OCUPACION: _____ CUANTO TIEMPO: _____ MARQUE MESES AÑOS

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA EN DONDE TRABAJA EL CO-APLICANTE: _____ TELEFONO _____

OCUPACION: _____ CUANTO TIEMPO: _____ MARQUE MESES AÑOS

MARQUE COMO SE ENTERO DE NUESTRO PROGRAMA? VOLANTE, UN AMIGO, EVENTO, INTERNET, RADIO, TELEVISION FAMILIA OTRO (especificar) _____

TIENE USTED UNA APPLICACION CON OTRA AGENCIA DE VIVIENDAS? SI NOMBRE DE AGENCIA _____ NO

Entiendo que esta forma será usada para demostrar mi interés en el programa de ayuda mutua y será evaluada antes que sea puesta en la lista de espera. También entiendo que si me ofrecen la oportunidad de participar en una de las áreas que yo especifique y me niego, perderé mi lugar en la lista de espera. Al firmar esta forma me comprometo a seguir las reglas establecidas por CVHC y a la vez doy permiso a CVHC a solicitar un informe de crédito en mi nombre.

APLICANTE _____ CO-APLICANTE _____ FECHA _____

Firma

Firma

PERSONAL DE OFICINA SOLAMENTE:

Regrese su solicitud y depósito a:
Coachella Valley Housing Coalition
45-701 Monroe St. Suite G
Indio, CA 92201
(760) 347-3157

Self-Help# _____ WL# _____
Application Fee: \$ _____ Date Received _____
Money Order # _____ Check # _____
Received By: _____

La información solicitada en esta aplicación es requerida por esta agencia para asegurar al Gobierno Federal, actuando por vía de sus agencias, que se están cumpliendo las Leyes Federales que prohíben la discriminación en contra de aplicantes basada en su raza, color, credo, nacionalidad, religión, sexo, estado civil ó familiar, edad, ó incapacidad física ó mental. Esta información no será usada en la evaluación de su aplicación * para discriminar contra usted de ningún modo. Sin embargo, si decide no darnos la información, CVHC esta obligada a apuntar la basado en

Please Cut Below Line -----

Idioma preferido: _____ Veterano de EE.UU? Si No APLICANTE: _____ No deseo proporcionar esta información. Sexo del Apicante: Femenino Masculino Estado Civil: Casado Separado No Casado (incluye solteras, divorciadas o viudas. Raza/Nacionalidad: Indio Americano o Nativo de Alaska (no de Alaska) Asiático Negro o Africano Nativo de Hawái o las Islas del Pacifico Hispano o Latino, Otro (especificar) _____

COACHELLA VALLEY HOUSING COALITION

APPLICATION FOR WAITING LIST FOR THE MUTUAL SELF HELP PROGRAM

WHAT CITY WOULD YOU LIKE TO BUY YOUR HOUSE IN? PLEASE LIST YOUR CHOICES BELOW.

1) _____ *First Choice* 2) _____ *Second Choice* 3) _____ *Third Choice*

A CHECK OR MONEY ORDER must accompany this form to pay for a credit report. \$10.00 for married couple, \$10.00 per individual or \$12.00 for unmarried couple living at the same address. Please ask for a receipt, if mailing application in, receipt will be mailed out to you within 24hrs of receiving your application.

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ SS# _____

CO-APPLICANT LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ SS# _____

ADDRESS: _____
Street City State Zip Code

MAILING ADDRESS: _____

HOME PHONE: () _____ MESSAGE () _____

APPLICANT EMAIL: _____ NUMBER OF PERSONS LIVING IN THE HOME: _____

APPLICANT'S AGE & DOB: ____/____/____ CO-APPLICANT'S AGE & DOB: ____/____/____
AGE MM/DD/YY AGE MM/DD/YY

PLEASE CIRCLE THE NUMBER OF MINORS UNDER THE AGE OF 18 THAT WILL LIVE IN THE HOME: 1 2 3 4 5 6 7 8+

APPLICANT'S INCOME: \$ _____ PLEASE INDICATE IF BY (____ HOURLY)(____ WEEKLY)(____ BIWEEKLY)(____ ANNUALLY)

OTHER INCOME: AFDC, SDI, SSI, OTHER: _____

CO- INCOME: \$ _____ PLEASE INDICATE IF BY (____ HOURLY)(____ WEEKLY)(____ BIWEEKLY)(____ ANNUALLY)

OTHER INCOME: AFDC, SDI, SSI, OTHER: _____

PRESENT RENT: \$ _____ HOW LONG: _____ PLEASE INDICATE IF: _____ MONTH(S) _____ YEAR(S)

PLEASE INDICATE HOUSING CONDITION: _____ GOOD _____ FAIR _____ BAD IF BAD EXPLAIN: _____

APPLICANT'S EMPLOYER: _____ TELEPHONE () _____

OCCUPATION: _____ HOW LONG: _____ PLEASE INDICATE IF: _____ MONTH(S) _____ YEAR(S)

CO-APPLICANT'S EMPLOYER: _____ TELEPHONE () _____

OCCUPATION: _____ HOW LONG: _____ PLEASE INDICATE IF: _____ MONTH(S) _____ YEAR(S)

HOW DID YOU HEAR ABOUT THE PROGRAM? ____ FLYER ____ A FRIEND ____ EVENT ____ INTERNET ____ RADIO ____ TELEVISION
____ FAMILY ____ OTHER (SPECIFY) _____

DO YOU HAVE AN APPLICATION WITH ANOTHER HOUSING AGENCY? YES NO IF YES, WHERE? _____

I understand that this form will be used to establish my interest in the mutual self-help program and will be evaluated prior to being placed on the waiting list. I also understand that if I'm offered an opportunity to apply for a loan in an area I have specified and I refuse, I will lose my place on the waiting list. By signing this form, I understand and agree to abide by the rules and regulations established by CVHC. In addition, I give permission to CVHC to request a credit report in my name.

APPLICANT _____ CO-APPLICANT _____ DATE _____
Signature *Signature*

FOR OFFICE USE ONLY:

Send Application and payment to:
Coachella Valley Housing Coalition
45-701 Monroe St. Suite G
Indio, CA 92201
(760) 347-3157

Self-Help# _____ WL# _____
Application Fee:\$ _____ Date Received _____
Money Order # _____ Check # _____
Received By: _____

The following information is requested by this agency in order to assure the federal government, acting through its agencies that Federal Laws prohibiting discrimination against applicants on the grounds of race, color, creed, nation origin, religion, sex, martial or familial status, age or physical or mental handicap are complied with. You are not required to furnish this information, but are encourage doing so. This information will not be used in evaluating your application or to discriminate against you in any way. If you choose not to furnish it, this agency is required to note the race/national origin and sex of individual applicants on the basis of observation or surname.

----- *Please Cut Below Line* -----

Preferred language: _____ U.S. Veteran? ____ Yes ____ No - APPLICANT: _____ I do not wish to provide this information A. Sex of Applicant ____ Male ____ Female Sex of Co-Applicant: ____ Female ____ Male B. Marital Status _____ Married ____ Separated ____ Unmarried (includes single, divorced or widowed) C. Race/National Origin: ____ White (Non-Hispanic) ____ Hispanic ____ Black Non-Hispanic ____ Asian
____ American Indian or Alaska Native ____ Other (Specify) _____