

COACHELLA VALLEY HOUSING COALITION

SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA PARA EL PROGRAMA DE AYUDA MUTUA Y PROGRAMA DE NSP
INTERESADO EN: AYUDA MUTUA SOLAMENTE EASE TO OWN SOLAMENTE TODOS PROGRAMAS
EN QUE CIUDAD LE GUSTARIA COMPRAR SU CASA?

1) _____ 2) _____ 3) _____
Primera Opción *Segunda Opción* *Tercera Opción*

Se requiere un pago de \$10.00 por persona o matrimonios y \$12.00 por personas 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.**

APELLIDO DEL APLICANTE: _____ NOMBRE _____ SS# _____

APELLIDO DEL CO-APLICANTE: _____ NOMBRE _____ SS# _____

DOMICILIO: _____
Numero de la calle Ciudad Estado Zona Postal

DOMILICIO 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 APLICACION 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

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

PERSONAL DE OFICINA SOLAMENTE

Application Fee: _____
Money Order # _____ Date Received _____
Check # _____ Date Received _____ 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 -----

APLICANTE: No deseo proporcionar esta información. Sexo de 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) _____

Self-Help# _____ LTO# _____