

EDUCACIÓN PARA COMPRADOR DE VIVIENDA FORMA DE INFORMACIÓN

Fecha de Clase: _____ Idioma: Inglés Español

Por favor SOLAMENTE complete la primera seccion para registrarse para la clase

DATOS DE LA PERSONA QUE ES CABEZA DE FAMILIA	
Nombre Completo: _____	Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____	
Domicilio de Casa: _____	
Codigo Postal: _____	
Ciudad: _____	
Usted: Cuánto tiempo ha vivido allí?	
<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Dueño
<input type="checkbox"/> Otro	_____ Años _____ Meses
Si son menos de 2 años, domicilio anterior: _____	
Está la dirección actual en:	
<input type="checkbox"/> Area Rural	<input type="checkbox"/> Area No Rural
<input type="checkbox"/> Elige no responder	

DATOS DEL CO-SOLICITANTE	
Nombre Completo: _____	Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____	
Domicilio de Casa: _____	
Codigo Postal: _____	
Ciudad: _____	
Usted: Cuánto tiempo ha vivido allí?	
<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Dueño
<input type="checkbox"/> Otro	_____ Años _____ Meses
Si son menos de 2 años, domicilio anterior: _____	
Está la dirección actual en:	
<input type="checkbox"/> Area Rural	<input type="checkbox"/> Area No Rural
<input type="checkbox"/> Elige no responder	

TENDRÁ QUE TRAER PRUEBA DE INGRESOS DE TODOS LOS DEL HOGAR POR LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS O LOS IMPUESTOS MAS RECIENTES

Estoy tomando la clase que se requieren para compradores de hogar por primera vez porque deseo la asistencia de la Ciudad de Porterville para comprar casa. Yo/Nosotros certificamos que la información arriba es verdadera. Yo/Nosotros entendemos que hay penalidades por proveer información falsa a propósito en aplicaciones para asistencia Estatal o Federal. Penalidades por falsificar información puede incluir re-pago de toda la asistencia si es recibida, o persecución bajo la ley. Firmando mi/nuestro nombre/s aceptamos los términos estipulados arriba.

Firma del Cabeza de Familia

Fecha

Firma de Co-Solicitante

Fecha

DATOS DE LA PERSONA QUE ES CABEZA DE FAMILIA	
Seguro Social: _____	Fecha De Nacimiento: _____
INFORMACIÓN DEL TRABAJO	
Nombre del Empleador: _____	
Domicilio del Empleador: _____	
Tipo de Negocio: _____	Posición: _____
Fecha que comenzó: _____	Horas que trabaja por semana: _____
Ingreso Mensual (Bruto): \$ _____	Sueldo Por Hora: \$ _____
Ingreso Mensual (Neto): \$ _____	Gastos Mensuales: \$ _____
RAZA	ORIGEN
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> No-Hispano
<input type="checkbox"/> Indio Am/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Elige no responder
<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Nati. Hawaiano/Isleño Pacíf	
<input type="checkbox"/> Multirracial	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Elige no responder	
CIUDADANÍA	GENERO
<input type="checkbox"/> Ciudadano	<input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Residente Perm	<input type="checkbox"/> Mujer
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro/No Conforme
ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACIÓN
<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Escuela Primaria
<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria
<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Preparatoria/Diploma
<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Colegio
<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Universidad

DATOS DEL CO-SOLICITANTE	
Seguro Social: _____	Fecha De Nacimiento: _____
INFORMACIÓN DEL TRABAJO	
Nombre del Empleador: _____	
Domicilio del Empleador: _____	
Tipo de Negocio: _____	Posición: _____
Fecha que comenzó: _____	Horas que trabaja por semana: _____
Ingreso Mensual (Bruto): \$ _____	Sueldo Por Hora: \$ _____
Ingreso Mensual (Neto): \$ _____	Gastos Mensuales: \$ _____
RAZA	ORIGEN
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> No-Hispano
<input type="checkbox"/> Indio Am/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Elige no responder
<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Nati. Hawaiano/Isleño Pacíf	
<input type="checkbox"/> Multirracial	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Elige no responder	
CIUDADANÍA	GENERO
<input type="checkbox"/> Ciudadano	<input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Residente Perm	<input type="checkbox"/> Mujer
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro/No Conforme
ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACIÓN
<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Escuela Primaria
<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria
<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Preparatoria/Diploma
<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Colegio
<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Colegio/Univeritario

HOUSEHOLD INFORMATION

Nivel de ingresos para toda la casa: \$43,650 \$49,850 \$56,100 \$62,300 \$67,300 \$72,300 \$77,300 \$82,250
(elija la opción más cercana a su ingreso anual total, sin exceder el límite)

Descripción de la casa: Solo Adultos Casados Sin Hijos Casados Con Hijos
 Dos o Más Adultos Sin Relación Otro: _____

COMPLETE PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR ADULTOS Y NIÑOS

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	SEXO
1. Solicitante:		Yo mismo/a	
2. Co-Solicitante:			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Tamaño de Familia Total:			



PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Registration Date: _____

Attended Class? YES / NO

Rescheduled: _____

Actual Income: \$ _____

Ratio: _____

Staff Initial: _____

EQUIDAD DE VIVIENDA | COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG)

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Información General*

Nombre de la Agencia: CSET Nombre del Proyecto: Educación sobre Equidad de Vivienda
Nombre del Cliente: _____ Apellido del Cliente: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: CA Código Postal _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

* *Requerido*

Raza y Etnia*

<i>(Seleccione una categoría de Raza)</i>	Raza	Etnia Hispano/Latino
Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/ Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am. Indio/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hawaiano nativo/otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am. Indio/Nativo de Alaska y Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático y Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/ Afroamericano y Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am. Indio/Nativo de Alaska y Negro/ Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros Multirraciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* *Requerido*

Información Sobre el Hogar e Ingresos*

Tamaño del hogar: _____ Ingresos totales del hogar: \$ _____ /mes

Mujer Jefa de Hogar?* Sí No

* *Mujer Jefa de Hogar— Adulta que es la única o principal proveedora de ingresos.*

¿El hogar incluye a persona(s) mayores de edad? (65+) Sí No

¿El hogar incluye a persona(s) con una discapacidad? Sí No

* *Requerido*

CSET recopila los datos anteriores para garantizar que los programas y servicios que financiamos aborden las necesidades de las comunidades vulnerables cuales servimos, y para reportar datos agregados a los financiadores del programa.

Firma del cliente

Fecha

CSET STAFF USE ONLY

Income Level: Extremely Low (0-30%) Low-Income (30+-50%) Moderate (50+-80%) Non-Low Moderate-Income (80+-120%)

CDBG Income Limits for Tulare County (updated annually by HUD)