



South Central Community Action Partnership

"Building Bridges Toward Self-Sufficiency"

550 Washington St. South, P.O. Box 531, Twin Falls, ID 83303-0531

Phone (208) 733-9351 - Fax (208) 733-9355

Helping People • Changing Lives

Querido Aplicante,

Si usted todavía no es un Dueño de su propia casa, este Programa es para usted.; nosotros SCCAP estamos muy entusiasmados con este nuevo Programa De Autoayuda de Hogar (Construcción de su propia Casa) y de todo lo que ofrece. En el paquete encontrará información acerca de South Central Community Action Partnership y del Programa de Auto ayuda. En el folleto encontrara los requisitos de ingreso por familia. Después de leer la información y si aún sigue interesado en este programa favor de devolver y completar los siguientes documentos junto con esta pre-aplicación:

1. Favor de proveer los Ingresos por los últimos 30 días por cada miembro de su hogar.
2. Completar la forma de Autorización para poder compartir información por CADA miembro de su hogar mayor de 18 años.
3. Para poder verificar su Crédito necesitaremos un cheque o giro postal de \$30.00 por cada persona o por matrimonio (si su pareja no es su cónyuge agregar \$30.00 más) a pagar a South Central Community Action Partnership.

A. Este Credito será usado para verificar su elegibilidad al Programa

B. Si no puedes pagar por el por Tri-Merge Credito, podras obtener un Credito Anual gratis este proceso no afectara el puntaje anualcreditreport.com. El Puntaje no será relevado pero toda la información de las tres Agencias de Credito será necesarias para poder nosotros verificar su Elegibilidad al Programa.

Este paquete cubrirá la mayor parte de sus preguntas. En este momento estaremos aceptando aplicaciones en la área del Condado de Twin Falls. Si usted tiene cualquier otra pregunta, Favor de contactarme al (208)733-9351 Ext 114 será un placer ayudarle.

¡Gracias y Bienvenidos!

Jenny Vega
Self Help Housing Coordinator
jennyg@sccap-id.org



"SCCAP is an equal opportunity provider and employer."
(800) 377-1363 (voice) • (800) 377-3529 (TTY, ASCII)



South Central Community Action Partnership

"Building Bridges Toward Self-Sufficiency"

550 Washington St. South, P.O. Box 531, Twin Falls, ID 83303-0531

Phone (208) 733-9351 - Fax (208) 733-9355

Helping People • Changing Lives

Nombre Del Solicitante	Numero Del Telefono:
Correo Electronico: Numero De Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	Rentas o Tienes una Hipoteca? Pago Mensual:
Domicilio:	Domicilio anterior si el presente es menos de 2 años:
Telefon del propietario de Renta: Duracion de Ocupacion:	Telefono del Propietario de Renta: Duracion de Ocupacion:
Nombre de su Empleador Actual:	Empleo Anterior si el presente es menos de * de 2 años:
Fecha de Inicio de Empleo: Cantidad por Hora: Horas por semana: Anticipar Ingresos anuales por los proximos 12 meses:	Empleo Inicio:_____ Vensimiento:_____ Cantidad por Hora: Horas por semana: Explique la razon si no a trabajado por 2 años seguidos
Recive ingresos del Seguro Social? Cantidad: Recive Estampillas del Gobierno? Cantidad:	Recive pension para hijos minore? Cantidad: Otro tipo de ingresos? Cantidad:
Favor de circular uno Ciudadano Americano Recidente Permanente Sin Residencia	Estado Civil- Favor de Circular uno: Casado Separado Soltero Divorciado

Co-Applicant Name:	Phone Number:
Correo Electronico: Numero De Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	Rentas o Tienes una Hipoteca? Pago Mensual:
Domicilio:	Domicilio anterior si el presente es menos de 2 años:
Telefon del propietario de Renta: Duracion de Ocupacion:	Telefono del Propietario de Renta: Duracion de Ocupacion:
Nombre de su Empleador Actual:	Empleo Anterior si el presente es menos de * de 2 años:
Fecha de Inicio de Empleo: Cantidad por Hora: Horas por semana: Anticipar Ingresos anuales por los proximos 12 meses:	Empleo Inicio:_____ Vensimiento:_____ Cantidad por Hora: Horas por semana: Explique la razon si no a trabajado por 2 años seguidos
Recive ingresos del Seguro Social? Cantidad: Recive Estampillas del Gobierno? Cantidad:	Recive pension para hijos minore? Cantidad: Otro tipo de ingresos? Cantidad:
Favor de circular uno Ciudadano Americano Recidente Permanente Sin Residencia	Estado Civil- Favor de Circular uno: Casado Separado Soltero Divorciado



South Central Community Action Partnership

“Building Bridges Toward Self-Sufficiency”

550 Washington St. South, P.O. Box 531, Twin Falls, ID 83303-0531

Phone (208) 733-9351 - Fax (208) 733-9355

Helping People • Changing Lives

Favor de Elijir un lugar de su preferencia, donde te gustaria construir. Algunas obciones son – Kimberly, Filer, Jerome, Hansen, Buhl, Hagerman, Shoshone, Burley, Rupert, Paul, Heyburn or Gooding. (Sus respuestas no ayudarian a decidir en la compra de terrenos).

1. _____ 2. _____ 3. _____
 4. _____ 5. _____

Hijos en el Hogar	Edad	Fecha de Nacimiento	Estudiantes?

Obligacion Financieras: (No incluyas la renta, calefaccion, aseguransa, cable or telefono)
 Solamente Mantencion y el cuidado de Menores, Pagos de Carros, Tarjetas de Credito, Gastos Medicos, Prestamos Estudiantiles etc

Acreedor	Minimo Pago Mensual	Saldo Restante

*Please add additional sheets of paper if necessary.



South Central Community Action Partnership

"Building Bridges Toward Self-Sufficiency"

550 Washington St. South, P.O. Box 531, Twin Falls, ID 83303-0531

Phone (208) 733-9351 - Fax (208) 733-9355

Helping People • Changing Lives

Declaracion de Compromiso:

Favor de marcar su respuestas alas siguientes preguntas	Yes	No
Se requiere que cada unidad familiar trabaje 35horas por semana en la construccion de su casa. Puede de una manera junto con la ayuda de amigos y familiares completar sus horas requeridas?		
Cada unidad familiar trabaja en todas las casas del grupo. Esta usted dispuesto a trabajar para completar todas las casas de su grupo? (8 a 10 casas por grupo)		
Usted esta fisicamente capaz de hacer el trabajo de construccion ligero ?		
Tiene Usted el transporte personal necesario para ir y venir a el citio de construccion		

De Donde se entero de SCCAP?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Periodico | <input type="checkbox"/> Magazine |
| <input type="checkbox"/> Folleto ~ Donde? _____ | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Anuncio de Puerta | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Sitio Web | |

A quien podemos agradecer por referirlo?

Favor de regresar esta pre-aplicacion y un cheque o giro postal de \$30.00 a pagar a South Central Community Action Partnership para poder verificar su Credito Personal.

South Central Community Action Partnership

P.O. Box 531

550 Washington St. South

Twin Falls ID 83303

Si Usted tiene alguna pregunta favor de marcar al: (208) 733-9351 or llame gratis al 1-800-627-1733





South Central Community Action Partnership

"Building Bridges Toward Self-Sufficiency"

550 Washington St. South, P.O. Box 531, Twin Falls, ID 83303-0531

Phone (208) 733-9351 - Fax (208) 733-9355

Helping People • Changing Lives

La siguiente forma de ve ser firmada por cada Adulto en el hogar:

Objetivos de información para supervisión del Gobierno:

*La información siguiente es solicitada por el Gobierno Federal para ciertos tipos de préstamos relacionados con una vivienda a fin de supervisar la conformidad del prestamista en igualdad de oportunidades, alojamiento y justa revelación de leyes hipotecarias. Usted no es requerido el proporcionar esta información, pero es alentado a hacerlo. La ley requiere que un prestamista no puede discriminar, ni por la base de esta información, ni porque usted decidió proporcionar esta información. Si usted proporciona la información, por favor proporcione tanto pertenencia étnica como la raza. Para la raza, usted puede marcar más de una designación. Si usted no proporciona etnicidad, raza o el sexo, bajo el reglamento o reglamentación Federal, se requiere que este prestamista anote la información sobre la base de observación visual o apellido. Si usted no desea proporcionar la información, por favor compruebe la caja abajo. (El prestamista debe examinar el susodicho material para asegurarse que las revelaciones satisfacen todas las reglas a las cuales el prestamista es sujeto conforme a la ley estatal aplicable para el tipo particular del préstamo solicitado.)

Favor de Marcar o Circular sus respuestas:

<u>Solicitante</u>	No deseo participar con informacion		<u>Co-Solicitante</u>	No deseo participar con informacion	
<u>Pertenencia Etnica</u>	Hispano o Latino	No Hispano o Latino	<u>Pertenencia Etnica</u>	Hispano o Latino	No Hispano o Latino
<u>Raza</u>	Americano Negro o Africano	Asiatico	<u>Race</u>	Americano Negro or Africano	Asiatico
Nativo de Hawaiian o de otras Islas Pacificas	Nativo Americano Nativo de Alaska	Blanco	Nativo de Hawaiian o de otras Islas Pacificas	Nativo Americano Nativo de Alaska	Blanco



South Central Community Action Partnership

"Building Bridges Toward Self-Sufficiency"

550 Washington St. South, P.O. Box 531, Twin Falls, ID 83303-0531

Phone (208) 733-9351 - Fax (208) 733-9355

Helping People • Changing Lives

Autorización para proporcionar información

Yo he aplicado al South central Community Action Partnership's (SCCAP) En el Programa de AutoAyuda. Como parte del proceso para considerarme para éste programa, SCCAP puede verificar información contenida en mi solicitud para asistencia y en otros documentos requeridos en conexión con ésta solicitud.

Yo autorizo al SCCAP a ordenar un reporte de crédito de consumidor, y verificar cualquier otra información de crédito.

Yo autorizo al SCCAP a trabajar con cualquier otra institución financiera para atenerme financiamiento permanente.

Yo entiendo que bajo los derechos del acto de privacidad financiera de 1978. 12 U.S.C. 3401, et seq., SCCAP está autorizado a tener acceso a mis archivos financieros de otras instituciones en consideración o administrando asistencia a nosotros. Yo también entiendo que los archivos financieros involucrados en mi préstamo y la aplicación de mi préstamo serán disponibles al SCCAP sin más noticias o autorización, pero no se proporcionarán por SCCAP a otra agencia o departamento o se usara para otro propósito sin nuestro consentimiento excepto si es requerido o permitido por la ley.

Una copia de esta autorización puede utilizarse como original.

Su pronta respuesta es apreciada.

Firma del aplicante

Fecha

Firma del Co-aplicante

Fecha

Firma del empleado del SCCAP

Fecha



South Central Community Action Partnership

"Building Bridges Toward Self-Sufficiency"

550 Washington St. South, P.O. Box 531, Twin Falls, ID 83303-0531

Phone (208) 733-9351 - Fax (208) 733-9355

Helping People • Changing Lives

Autorización para proporcionar información

Yo he aplicado al South central Community Action Partnership's (SCCAP) En el Programa de AutoAyuda. Como parte del proceso para considerarme para éste programa, SCCAP puede verificar información contenida en mi solicitud para asistencia y en otros documentos requeridos en conexión con ésta solicitud.

Yo autorizo al SCCAP a ordenar un reporte de crédito de consumidor, y verificar cualquier otra información de crédito.

Yo autorizo al SCCAP a trabajar con cualquier otra institución financiera para atenerme financiamiento permanente.

Yo entiendo que bajo los derechos del acto de privacidad financiera de 1978. 12 U.S.C. 3401, et seq., SCCAP está autorizado a tener acceso a mis archivos financieros de otras instituciones en consideración o administrando asistencia a nosotros. Yo también entiendo que los archivos financieros involucrados en mi préstamo y la aplicación de mi préstamo serán disponibles al SCCAP sin más noticias o autorización, pero no se proporcionarán por SCCAP a otra agencia o departamento o se usara para otro propósito sin nuestro consentimiento excepto si es requerido o permitido por la ley.

Una copia de esta autorización puede utilizarse como original.

Su pronta respuesta es apreciada.

Firma del Aplicante

Fecha

Firma del Co-Aplicante

Fecha

Firma del empleado del SCCAP

Fecha



"SCCAP is an equal opportunity provider and employer."
(800) 377-1363 (voice) • (800) 377-3529 (TTY, ASCII)

SOUTH CENTRAL COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP

Verificación de Antecedentes Criminales

El Informe de Credito Justo Act (1971) requiere que le informemos que se puede realizar una investigación de antecedentes penales en el registro de delincuentes sexuales como parte de nuestro proceso de evaluación y selección de programas. Esto puede incluir una consulta para obtener información sobre su registro de delincuentes sexuales. El objetivo principal de la investigación es verificar la información que proporcionó en su solicitud o durante el proceso de entrevista. Si lo solicita por escrito dentro de un período de tiempo razonable, se proporcionará información adicional sobre la naturaleza y el alcance del informe, si se realiza uno

Esta información es muy necesaria para poder verificar tus antecedentes criminales:

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO / /	LICENCIA #	ESTADO DE EMISION	OTROS NOMBRES USADOS
DOMICILIO ACTUAL	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

HOME ADDRESS FOR LAST 7 YEARS

DIRECCION DE CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIO POSTAL	DE MO/YR	A MO/YR
DIRECCION DE CALLE	CIUDAD	ESTADP	CODIGO POSTAL	DE MO/YR	A MO/YR
DIRECCION DE CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTA	DE MO/YR	A MO/YR
DIRECCION DE CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	DE MO/YR	A MO/YR

ALGUNA VEZ A SIDO CONDENADO POR UN DELITO SEXUAL? SI NO SI LA RESPUESTA ES SI EXPLIQUE:

Fecha	Condado	Estado
--------------	----------------	---------------

YO AUTORIZO A SOUTH CENTRALCOMMUNITY ACTION PARTNERSHIP, Y A SUS AGENTES A ENVISTIGAR MI ANTECEDENTE PENALE, REFERENCIA PERSONAL Y PROFECCIONAL ACADEMICA RELEVANTE Y LA INFORMACION DE TODOS LOS REGISTROS PUBLICOS,CRIMINALES.YO LIBRO DE RESPONSABILIDAD A TODAS LAS PERSONAS O EMPRESAS O CORPORACIONES QUE PROPORCIONEN DICHA INFORMACION UNA COPIA FOTOSTATADA DE ESTE DOCUMENTO PUEDE SUSTITUIRSE POR EL ORIGINAL

Nombre Completo _____

Fecha _____

Firma _____