



**COUNTY OF NASSAU  
OFFICE OF HOUSING & HOMELESS SERVICES  
HOMEOWNERSHIP CENTER  
40 MAIN STREET- FIRST FLOOR - SUITE B  
HEMPSTEAD, NEW YORK 11550  
(516) 572-1903/ FAX (516) 572-0843**

Gracias por comunicarse con la línea telefónica designada al Programa de Asesoramiento para la Prevención de Negligencia de Pagos de Hipoteca. Para servirle mejor, es necesario que complete el proceso de solicitud el cual incluye el formulario de admisión adjunto conjuntamente con las fotocopias de todos los documentos solicitados y nos lo envíe por correos o entregue en persona antes de concertar su cita con uno de los consejeros.

## ***PLAN DE ACCIÓN***

### **DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SU REUNION CON UN CONSEJERO**

- GIRO POSTAL** por \$13.50 (individual) o \$27.00 (pareja) para cubrir el costo del reporte de crédito para obtener su puntaje de crédito de cada una de las tres compañías correspondientes (Recibirá una copia del reporte después de la sesión con un consejero).

**Por favor, haga el giro postal pagadero a:  
CORE LOGIC CREDCO PO Box 509019  
San Diego, CA 92150-9019**

- FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN FIRMADO POR USTED (ADJUNTO)
- FOTOCOPIA** DE NOTIFICACIÓN (DOCUMENTO LEGAL DEL ABOGADO DEL BANCO)
- FOTOCOPIA** DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO (1003)(UNIFORM LOAN APPLICATION)
- FOTOCOPIA** DE LA ESCRITURA DE HIPOTECA (MORTGAGE NOTE)
- FOTOCOPIA** DEL TRUTH-IN-LENDING
- FOTOCOPIA** DEL FORMULARIO DE ESTIMADO DE GASTOS DE CIERRE (GOOD FAITH ESTIMATE)
- FOTOCOPIA** DEL FORMULARIO "HUD 1"
- FOTOCOPIA** DEL TÍTULO DE PROPIEDAD (DEED)
- FOTOCOPIA** DEL ESTADO DE CUENTA DE HIPOTECA MENSUAL (MORTGAGE STATEMENT)
- CARTA EXPLICANDO LA RAZON POR LA NEGLIGENCIA DE PAGO Y CUALQUIER DOCUMENTACION QUE RESPALDE LA SITUACION.**
- FOTOCOPIAS** DE RECIBOS/COLILLAS DE PAGO, Y PRUEBA DE CUALQUIER OTRA ENTRADA ADICIONAL (PENSIÓN DE SEGURO SOCIAL, SEGURO SOCIAL, INCAPACIDAD, COMPENSACIÓN DE TRABAJO)
- FOTOCOPIAS** DE LAS PLANILLAS DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS POR LOS DOS PASADOS AÑOS CON LOS FORMULARIOS W-2 ADJUNTOS Y FIRMADAS POR EL CONTRIBUYENTE.
- FOTOCOPIAS** DE LOS ESTADOS DE CUENTAS BANCARIAS POR LOS PASADOS DOS MESES.
- FOTOCOPIA** DE CUENTAS DE UTILIDADES (ELECTRICIDAD, CALEFACCIÓN, GAS, ETC.)
- FOTOCOPIA** DE CONTRATO DE VENTA (SI LA PROPIEDAD ESTA EN VENTA)

**ESTOS  
DOCUMENTOS  
PUEDEN SER  
ENCONTRADOS  
EN EL  
PAQUETE QUE  
RECIBIÓ EN EL  
CIERRE DE SU  
CASA**

***★POR FAVOR NOTE QUE NO ACEPTAREMOS DOCUMENTOS ORIGINALES★***

***¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!***

**DEBERÁ TRAER IDENTIFICACIÓN PERSONAL CON FOTOGRAFIA A LA CITA**





COUNTY OF NASSAU  
OFFICE OF HOUSING & HOMELESS SERVICES  
HOMEOWNERSHIP CENTER  
40 MAIN STREET- FIRST FLOOR - SUITE B  
HEMPSTEAD, NEW YORK 11550  
(516) 572-1903/ FAX (516) 572-0843

**Formulario de Admisión al Programa de Asesoramiento para la Prevención de Negligencia de Pagos de Hipoteca**

(Office use)

**HCO #** H. H. Counseling Specialist:

**Solicitante**

Nombre y Apellidos del \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido(s)

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

# S.S. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

# de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)

**Co-Solicitante (Si aplica)**

Nombre \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido(s)

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

# S.S. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

# de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)

Parentesco con el solicitante \_\_\_\_\_

Nombre del Banco o institución financiera hipotecaria: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Banco o institución hipotecaria: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el saldo de su hipoteca: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del préstamo de hipoteca: \_\_\_\_\_

Cantidad del pago mensual de su Primera Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del **Segundo** Banco o institución financiera hipotecaria: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del **Segundo** Banco o institución hipotecaria: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del segundo préstamo de hipoteca: \_\_\_\_\_

Segunda Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

¿Cuál es el por ciento de interés? Primera Hipoteca: \_\_\_\_\_% Segunda Hipoteca: \_\_\_\_\_%

¿Están los impuestos y el seguro incluidos en el pago de hipoteca?  Sí  No

¿Qué tipo de préstamo usted tiene?  ARM  30 anos fijo  Interés solamente  ARM reset

Opción ARM  Hybrid 1st & 2nd Loan  Otra \_\_\_\_\_

Cuánto(s) meses esta atrasado con su hipoteca(s)? \_\_\_\_ ¿Refinancié la hipoteca?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha vivido en su casa? \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

¿Por cuánto tiempo ha tenido este préstamo de hipoteca? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número total de personas que viven en su casa? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas trabajan en su casa? \_\_\_\_\_

¿Alguien le ofreció ayudarle a modificar su hipoteca, directamente, através de propaganda o algún otro medio como avisos?

Si  No Si su respuesta es "Si" quien? \_\_\_\_\_

¿Le fue garantizada la modificación de su préstamo o le preguntaron sobre lo siguiente: pagar un precio, firmar un contrato,

pago directo de su hipoteca, transferir o firmar el titulo de tu \_\_\_\_\_ propiedad, o parar de pagar el préstamo?  Si  No Tú lo hiciste  Si  No Explicar:



**Enumere a todas y cada unas de las personas que viven en su casa, comience por usted:**

#	<u>Apellido(s)</u>	<u>Nombre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Parentesco</u>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

**Solicitante – Por favor seleccione todos los que correspondan:**

- Jefe de Familia es Mujer    Jefe de Familia es Soltero(a)    Veterano de EE.UU.    Incapacitado  
 “Homeownership Voucher Program”:  Sí  No    “Family Self Sufficiency”    “Section 8” \_\_\_\_\_

**Ultimo grado de escuela que termino:**

- Escuela Superior    Diploma de Escuela Superior    Diploma de Equivalencia de Escuela Superior (GED)    Diploma Vocacional    Universidad    Diploma de Asociado    Diploma Universitario    Graduado con Maestría    Graduado con Doctorado

**Identidad étnica del Jefe de Familia (seleccione sólo uno)**

- Hispano o Latino    Ni Hispano o Latino

**Raza:**

- Blanca    Negra o Afro-Americana    India-Americana    Asiática    Nativo de Hawai o otra isla del Pacífico    Otra (Especifique) \_\_\_\_\_

No deseo compartir esta información \_\_\_\_\_ (iniciales de mi nombre)

**Ciudadanía:**

- Ciudadano de EE.UU.    Inmigrante con Residencia Permanente    Inmigrante No-Residente    Otra (Especifique) \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Co-Solicitante – Por favor seleccione todos los que correspondan:**

- Jefe de Familia es Mujer    Jefe de Familia es Soltero(a)    Veterano de EE.UU.    Incapacitado  
 “Homeownership Voucher Program”:  Sí  No    “Family Self Sufficiency”    “Section 8” \_\_\_\_\_

**Ultimo grado de escuela que termino:**

- Escuela Superior    Diploma de Escuela Superior    Diploma de Equivalencia de Escuela Superior (GED)    Diploma Vocacional    Universidad    Diploma de Asociado    Diploma Universitario    Graduado con Maestría    Graduado con Doctorado

**Identidad étnica del Jefe de Familia (seleccione sólo uno)**

- Hispano o Latino    Ni Hispano o Latino

**Raza:**

- Blanca    Negra o Afro-Americana    India-Americana    Asiática    Nativo de Hawai o otra isla del Pacífico    Otra (Especifique) \_\_\_\_\_

No deseo compartir esta información \_\_\_\_\_ (iniciales de mi nombre)

**Ciudadanía:**

- Ciudadano de EE.UU.    Inmigrante con Residencia Permanente    Inmigrante No-Residente    Otra (Especifique) \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

**EMPLEOS**

Lista de empleador(es) corrientes de cada miembro de la familia mayor de dieciocho (18) años de edad que reciba cualquier tipo de entrada.

Nombre del Miembro de la Familia	Nombre y Dirección de la Compañía <input type="checkbox"/> Cuenta Propia	Fecha que comenzó empleo ____/____/____
		Años empleado en esta profesión o línea de trabajo _____
Posición/Título/Tipo de Negocio	Número de teléfono de la Compañía	Salario \$      Seleccione todos los que correspondan: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Anual
Nombre del Miembro de la Familia	Nombre y Dirección de la Compañía <input type="checkbox"/> Cuenta Propia	Fecha que comenzó empleo ____/____/____
		Años empleado en esta profesión o línea de trabajo _____
Posición/Título/Tipo de Negocio	Número de teléfono de la Compañía	Salario \$      Seleccione todos los que correspondan: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Anual
Nombre del Miembro de la Familia	Nombre y Dirección de la Compañía <input type="checkbox"/> Cuenta Propia	Fecha que comenzó empleo ____/____/____
		Años empleado en esta profesión o línea de trabajo _____
Posición/Título/Tipo de Negocio	Número de teléfono de la Compañía	Salario \$      Seleccione todos los que correspondan: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Anual

**Note:** Le estamos haciendo estas preguntas para propósitos estadísticos y para cumplir con requisitos de igualdad de oportunidades, y para asegurarnos que ningún tipo de discriminación tome lugar. Sus respuestas NO AFECTARAN de ni ninguna forma el proceso de aceptación al programa.



## ENTRADA ANUAL

Entrada	Solicitante	Co-Solicitante
Salario/jornal anual, propinas, etc.	\$	\$
Entrada de Seguro Social y/o Pensión de retiro	\$	\$
Asistencia Pública (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas, TNAF, SSI, etc.)	\$	\$
Pensión Alimenticia	\$	\$
Compensación por Desempleo	\$	\$
Entrada Neta por Operación de negocios o bienes raíces	\$	\$

## FONDOS

<b>Lista de cuentas de cheque y de ahorros</b> <i>(Seleccione todas la que correspondan)</i>	(✓) Solicitante	(✓) Co-Solicitante
Nombre y dirección del Banco, Asociación de Ahorros/Prestamos o Cooperativa de Crédito: <input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Otro tipo de cuenta _____		
Número de Cuenta: _____ \$		
Nombre y dirección del Banco, Asociación de Ahorros/Prestamos o Cooperativa de Crédito: <input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Otro tipo de cuenta _____		
Número de Cuenta: _____ \$		
Nombre y dirección del Banco, Asociación de Ahorros/Prestamos o Cooperativa de Crédito: <input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Otro tipo de cuenta _____		
Número de Cuenta: _____ \$		
Acciones y bonos (Nombre de la Compañía/número y descripción)	\$	
Seguro de Vida - Valor en efectivo	\$	
Valor al Portador: \$	\$	
Interés actual en el fondo de Pensión de Retiro	\$	
Otros Fondos: (desglose)	\$	

## PRESUPUESTO MENSUAL

Primera Hipoteca	\$	Electricidad, agua, calefacción, aceite	\$
Segunda Hipoteca (si aplica)	\$	Teléfono/ Celular	\$
Impuestos y el seguro de casa	\$	Seguros (automóvil, vida, medico)	\$
Mantenimiento de Casa	\$	Medicinas/ Doctores	\$
Otro Prestamos	\$	Pagos de automóvil, gasolina, transportación publica	\$
Tarjetas de crédito	\$	Alimentos/Almuerzo escuela	\$
Cuidado de niños	\$	Misceláneos	\$

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER REPORTE DE CREDITO

Yo \_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_,  
(Nombre y Apellido) (Dirección)

Por medio de la presente autorizo a "Nassau County's Office of Housing and Intergovernmental Affairs" (de ahora en lo adelante OHIA) y a la "Office of Housing and Homeless Services" para que soliciten, obtengan y revisen mi reporte de crédito. Mi reporte de crédito será solicitado y obtenido de las agencias de crédito siguientes: "TransUnion, Experian, and Equifax". Autorizo y reconozco que "OHIA" solicitara y obtendrá mi reporte de crédito con el propósito de asistirme a desarrollar un plan para ayudarme a reparar mi crédito actual así como para evaluar mi situación financiera actual para mi participación en el Programa de Asesoramiento para la Prevención de Negligencia de Pagos de Hipoteca.

X \_\_\_\_\_  
 Firma de Autorización del Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

X \_\_\_\_\_  
 Firma de Autorización del Co-Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha





COUNTY OF NASSAU  
OFFICE OF HOUSING & HOMELESS SERVICES  
HOMEOWNERSHIP CENTER  
40 MAIN STREET- FIRST FLOOR - SUITE B  
HEMPSTEAD, NEW YORK 11550  
(516) 572-1903/ FAX (516) 572-0843

**FORMULARIO DE CONDICION Y PRIVACIDAD DE ADMICION**

El Condado de Nassau y la Oficina de Housing and Homeless Services, Homeownership Center (NCHOC); están certificados para proveer asesoramiento a los residentes del condado en las diferentes áreas como negligencia de pago de hipoteca, conserjería para compra de vivienda, complejo habitacional accesible, preocupan cía/pre-compra de vivienda y consejeria para después de la compra. Al igual que consejería de manejo de dinero.

Todos los solicitantes para los servicios de consejeria de NCHOC tienen que estar de acuerdo para proveerle a NCHOC con las informaciones y los documentos verdaderos en los cuales NCHOC basará la consejeria. Estén bien informados de que cualquier información que haya sido proveída por los solicitantes, los agentes o empleados de NCHOC no remplazaran la información o investigación para determinar el curso de su acción.

Por este medio yo autorizo a \_\_\_\_\_ de NCHOC dar o intercambiar información de mi archivo personal para asistirme en resolver la negligencia de pago de hipoteca.

Esta información será proveída solamente a esas instituciones, compañías y agencias que nuestra organización crea que puedan asistirnos para resolver la negligencia de pago de hipoteca. Ejemplos de estas entidades incluye servicios de hipoteca, inversionista de hipoteca, agencias públicas y organizaciones sin fines de lucro. Si es necesario, su información en archivo de otra entidad será proveída a nuestra agencia. La información que será proveída o intercambiada estrictamente y específicamente será de datos financieros, como ingreso, presupuesto, deuda, y detalles de hipoteca proveído por usted.

Yo entiendo que los requisitos de servicios de esta organización no son basados en mi decisión referente a los intercambios de información.

La doctrina de la información se me ha sido explicada y entiendo que el contenido que será proveído o intercambiado, la nesecidad por la información que existen estatutos y regulaciones que protege la confidencialidad de la información autorizada.

Por este medio yo entiendo que este consentimiento ha sido voluntario y es valido y hasta que estos requisitos sean cumplidos. Yo también entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando alguna acción ya ha sido tomada en base a este consentimiento. Yo también entiendo que una de estas copias son validas como la original.

Dirección de Solicitante \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Préstamo # \_\_\_\_\_

Solicitante (imprimir) \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Solicitante (firma) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Co-Solicitante \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Co-Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

