

NeighborWorks®
 HomeOwnership Center
 213 N. 5th St, Suite 1030,
 Reading, PA 19601
 610-372-8433 Fax: 610-374-2866



CMax Client #	
Case#	Date:
RX #:	Date:

EDUCATION – COUNSELING – LENDING INTAKE

Fecha: _____ Consejero/a / Prestamista: _____

ESTUDIANTE/SOLICITANTE:

Nombre: _____
 Segundo Nombre _____ Apellido _____
 Dirección _____ Apt # _____
 Seguro Social # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono De Hogar: (____) ____ - _____ Trabajo: (____) ____ - _____ Celular: (____) ____ - _____
 Fecha De Nacimiento ____ / ____ / _____ Genero () Masculino () Femenino Mas De 62 () Correo Electrónico: _____

Étnico: Hispano () Si () No Extranjero: () Si () No
 Raza: () Dominicano/a () Blanco () Negro () Mexicano/a () Puertorriqueño/a () No Esta Disponible
 () Optó No Responder
 Estado Matrimonial: () Soltero/a () Dos o Más Adultos no Relacionado () Mujer Soltera Cabeza de Hogar
 () Hombre Soltero Cabeza de Hogar () Casado/a con Dependientes () Casado/a sin Dependientes
 Incapacitado/Minusválido: () Si () No Veterano: () Si () No
 Disposición actual de la vivienda: () Renta () Sin Vivienda () Viviendo con familiares sin pagar renta
 Primera vez comprador de casa: () Si () No
 Tamaño del hogar que vivirá en casa: _____ ¿Cuántos son dependientes? _____
 ¿Habrá personas que no son dependientes que vivirán en el hogar? () Si () No
 Si Respondiste Si, lista abajo:

Relación	Edad	Relación	Edad
Ingreso Mensual Bruto Del Solicitante: \$ _____		Ingresos Mensuales Bruto del Hogar: \$ _____	

Nivel de Educación (Marque Uno):
 () Menos de Diploma de preparatoria () Universidad Dos Años () Maestría
 () Diploma de preparatoria o equivalente () Licenciatura
 Quien lo Refirió a NHS HomeOwnership Center: (por favor marque todos los que apliquen)
 () Yo Mismo () Prestamista _____ () Agente de Bienes Raíces _____ () Miembro de la familia
 () Pagina de web de NHS () Personal del Gobierno/Miembro Directivo () Amigo/a () Anuncio de Publicidad/ Periódico
 () Otro _____

ESTUDIANTE/ CO- SOLICITANTE

Nombre: _____
 Primer _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____
 Dirección _____ Apt # _____
 Seguro Social # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de Hogar: (____) ____ - _____ Trabajo: (____) ____ - _____ Celular: (____) ____ - _____
 Fecha De Nacimiento ____ / ____ / _____ Género () Masculino () Femenino Más De 62 () Correo Electrónico: _____

Étnico: Hispano () Si () No Extranjero: () Si () No
 Etnicidad: () Dominicano/a () Blanco () Negro () Mexicano/a () Puertorriqueño/a
 () No Está Disponible () Optó No Responder
 Estado Matrimonial: () Soltero/a () Dos o Más Adultos no Relacionado () Mujer Soltera Cabeza de Hogar
 () Hombre Soltero Cabeza de Hogar () Casado/a con Dependientes () Casado/a sin Dependientes
 Incapacitado/Minusválido: () Si () No Veterano: () Si () No
 Ingreso Mensual Bruto Del Co-Solicitante: \$ _____ Ingresos Mensuales Bruto del Hogar: \$ _____

AUTHORIZATION & CERTIFICATION

Certificación Del Estudiante:

Yo/Nosotros certificamos que la información incluida en este formulario es verdadera y completa a lo mejor de mi/nuestro conocimiento y creencia.

Autorizo a NHS HomeOwnership Center para que:

- (a) Pida mi/nuestro reporte de crédito, y lo (los) evalúen para aconsejarnos en el proceso de comprar casa y obtener un préstamo hipotecario.
- (b) Obtener una copia del informe de cierre Closing Disclosure (CD), Tasación, Notas de Bienes Raíces, Puntaje de Crédito, y Documentación de Ingresos cuando compre una casa, del prestamista que hizo a mí/nosotros un préstamo y/o la compañía de título que cerraron el préstamo.

Firma Del Estudiante

Fecha

Firma Del Estudiante

Fecha

Cita: Comienzo _____

Final _____

PARA USO OFICIAL

CITAS:

_____ Firma de Cliente		_____ Firma de Cliente		____/____/____ Fecha
Initial	Subsequent	Pre-Purchase	PHFA Pre-Closing	Comienzo _____
				Final _____

_____ Firma de Cliente		_____ Firma de Cliente		____/____/____ Fecha
Initial	Subsequent	Pre-Purchase	PHFA Pre-Closing	Comienzo _____
				Final _____

_____ Firma de Cliente		_____ Firma de Cliente		____/____/____ Fecha
Initial	Subsequent	Pre-Purchase	PHFA Pre-Closing	Comienzo _____
				Final _____

_____ Firma de Cliente		_____ Firma de Cliente		____/____/____ Fecha
Initial	Subsequent	Pre-Purchase	PHFA Pre-Closing	Comienzo _____
				Final _____

