

# 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*

Gracias por haber solicitado un paquete de aplicación. Somos entisasmados acerca de nuestro programa y todo lo que ofrece y queremos que usted llegue a ser parte del Programa de Autoayuda en esta área. Dentro encontrará información acerca de South Central Community Action Partnership y el Programa de Auto ayuda. Un gráfico adentro le da información en los requisitos de ingresos por familia. Después de leer la información adjunta y si decide que quiere estar involucrado en la construcción de su casa, por favor:

1. Llene y devuelva el cuestionario de Pre-Investigación.
2. complete la Autorización para proporcionar información para CADA miembro de su casa mayor de 18 años
3. **Adjunte un cheque o giro postal de \$30.00 por cada persona, \$60 por pareja. Pagadero al South Central Community Action Partnership para cubrir un informe del crédito de tres Instituciones.**

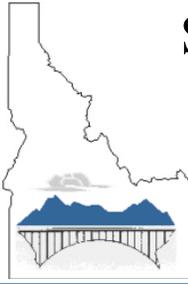
Este paquete contestará la mayor parte de sus preguntas. Nosotros ahora aceptamos las aplicaciones para las áreas de Twin Falls, Filer y Jerome. Si usted tiene cualquier otras preguntas, cualquiera de nuestro personal estará feliz en contestarlas.

¡Bienvenido!

Jill Sprinkle  
Housing Facilitator  
[jill@sccap-id.org](mailto:jill@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*

## Forma de Pre-Entrevista:

**Cuentanos acerca de ti:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

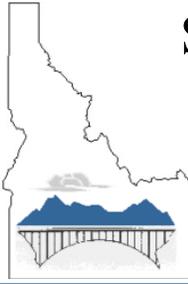
Nombre del Solicitante:			Nombre del Co-Solicitante:		
Domicilio:			Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Duración de renta:			Duración de renta:		
Numero de Seguro Social:			Numero de Seguro Social:		
Fecha de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento:		
Numero de telefono de casa:			Numero de telefono de casa:		
Numero de telefono de trabajo:			Numero de telefono de trabajo:		
La mejor hora para llamarlo por telefono:			La mejor hora para llamarlo por telefono:		
¿Tiene alguno de los miembros del hogar que cumplir con los requisitos de registro como delincuente sexual en el programa de registro de cualquier estado? Si No					
Ciudadania- Por favor marque uno:			Ciudadania- Por favor marque uno:		
Ciudadano de los EE.UU:	Residente Permanente:	No Residente:	Ciudadano de los EE.UU:	Residente Permanente:	No Residente:
Estado Civil- Por favor, marque uno:			Estado Civil- Por favor, marque uno:		
Casado	Separado	Soltero	Divorciado	Casado	Separado

## Cuentanos acerca de tu situación de vida actual:

Los nombres y las edades de los niños en el hogar:				Los nombres y las edades de los niños en el hogar			
Nombre	Edad	Numero de Seguro Social #	Fecha de nacimiento	Nombre	Edad	Numero de Seguro Social #	Fecha de nacimiento
Por favor, marque con un circulo: Renta Hipoteca Cantidad:				Por favor, marque con un circulo: Renta Hipoteca Cantidad:			
Información actual de propietario de Renta: Domicilio: Ciudad: Estado: Codigo postal: Numero de telefono:				Información actual de propietario de Renta: Domicilio: Ciudad: Estado: Codigo postal: Numero de telefono:			



*“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*

## En qué lugares en general están interesados en construir?

<p><b>*Información anterior de renta por dos años de historia</b>          Domicilio:</p> <p>Ciudad:                      Estado:                      Código postal:</p> <p>Numero de telefono:</p> <p>Duracion de renta:</p>	<p><b>*Información anterior de renta por dos años de historia</b>          Domicilio:</p> <p>Ciudad:                      Estado:                      Código postal:</p> <p>Numero de telefono:</p> <p>Duracion de renta:</p>
--	--

## Información de su Empleo:

Nombre del solicitante actual:	Co-Solicitante actual:
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:
Tipo de trabajo:	Tipo de trabajo:
Fecha de inicio de empleo:	Fecha de inicio de empleo:
Tarifa de pago:	Tarifa de pago:
Horas trabajadas por semana:	Horas trabajadas por semana:
Ingresos anuales previstos para los próximos 12 meses:	Ingresos anuales previstos para los próximos 12 meses:

Solicitante – Ultimos dos años de empleo:	Co-Solicitante – Ultimos dos años de empleo:
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador :
Tipo de trabajo:	Tipo de trabajo:
Fecha de inicio de empleo y cuando termino:	Fecha de inicio de empleo y cuando termino:
Tarifa de pago:	Tarifa de pago:
Horas trabajadas por semana:	Horas trabajadas por semana:
Ingresos anuales previstos para los próximos 12 meses: (Si todavia esta empleado)	Ingresos anuales previstos para los próximos 12 meses: (Si todavia esta empleado)

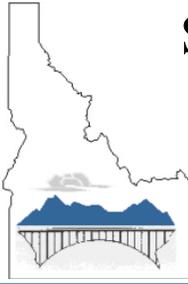
## Información de Otros Ingresos:

Recibe ingresos del Seguro Social? Cantidad:	Recibe ingresos del Seguro Social? Cantidad:
Recibe usted la pension para hijos menores? Cantidad:	Recibe usted la pension para hijos menores? Cantidad:
Cualquier otro ingreso regular? (Los cupones de alimentos, asistencia pública, etc.) Cantidad:	Cualquier otro ingreso regular? (Los cupones de alimentos, asistencia pública, etc.) Cantidad:

Acododaciones rasonables para personas con discapacidades serán proveidas cuando son requeridas.



*“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*

Requirirá su familia acomodaciones rasonables? Si  No

De donde se entero de SCCAP?	
<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Revista
<input type="checkbox"/> Panfleto ~ Dónde? _____	<input type="checkbox"/> TV
<input type="checkbox"/> Anuncio de gancho de puerta	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Sitio Web	

**A quién podemos agradecer por referirlo?**

\_\_\_\_\_

**Historia de Crédito:**

Solicitante	Co-Solicitante
Ha tenido usted una Bancarrota?	Ha tenido usted una Bancarrota?
Cuando?	Cuando?
Tiene una demanda contra usted?	Tiene una demanda contra usted?
Cuando?	Cuando?
Tiene usted alguna colección que debe?	Tiene usted alguna colección que debe?

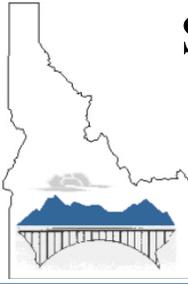
**Obligaciones Financieras: (Por favor incluya Cuidado de Menores/o Gastos Médicos)**

Acreeedor	Pago Mensual	Saldo Restante

\*Por favor añada hojas adicionales si es necesario.



*“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*

## Declaración de Compromiso:

Por favor marque su respuesta a las siguientes preguntas.	Sí	No
Se requiere que cada unidad familiar trabaje 35 horas por semana. Puede de una manera realistica usted trabajar un mínimo de 35 horas por semana? (La familia y los amigos pueden ayudar)		
Cada unidad familiar trabaja en todas las casas del grupo. Está usted dispuesto a trabajar para completar todas las casas en su grupo? (7-10 casas por grupo)		
Es usted físicamente capaz de hacer el trabajo de construcción ligero?		
Tiene usted el transporte necesario para ir y venir a el sitio de construcción?		

**Por favor regrese este cuestionario de pre-investigacion completa y \$30.00 dólares de proceso:**

**South Central Community Action Partnership**

**P.O. Box 531**

**550 Washington St. South**

**Twin Falls ID 83303**

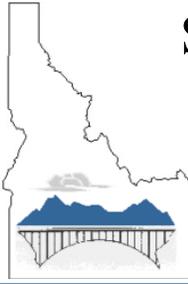
Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame al: (208) 733-9351 o llame gratis al 1-800-627-1733



**“SCCAP es un proveedor con igualdad de oportunidades.”**  
(800) 377-1363 (voice) ~ (800) 377-3529 (TTY, ASCII)



**“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

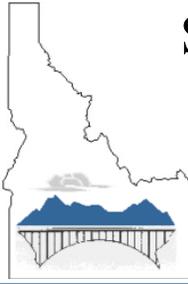
*Helping People • Changing Lives*

## 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 ethnicidad, raza o el sexo, bajo el reglamento o reglamentación Federal, se requiere que este prestamista anote la información sobre la base de osbervation 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.)

Por favor marque o circule sus respuestas

<u>Solicitante</u>	No deseo proporcionar esta información		<u>Co-Solicitante</u>	No deseo proporcionar esta información	
<u>Pertenencia étnica</u>	Hispano o Latino	No soy Hispano o Latino	<u>Pertenencia étnica</u>	Hispano o Latino	No soy Hispano o Latino
<u>Raza</u>	Americano Negro o Africano	Asiático	<u>Raza</u>	Americano Negro o Africano	Asiático
Hawaiano Natal u Otra raza isleña Pacífica	Americano Negro o Africano	Blanco	Hawaiano Natal u otra raza isleña Pacífica	Americano Negro o Africano	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) Self-Help Housing program. 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 credito.

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 finacieros de otras instituciones en consideracion o administrando asistencia a nosotros. Yo tambien entiendo que los archivos finacieros involucrados en mi prestamo y la aplicación de mi prestamo 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 proposito 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)