



División para Discapacidades del Desarrollo
4055 So. Lowell Blvd.
Denver, CO 80236
Teléfono (303) 866-7450
FAX(303) 866-7470

Aplicación de Fondos de Préstamo de Ayuda Para La Familia

Debe de Completar Todas las secciones de esta Aplicación. No calificarán aplicaciones incompletas.

Información de los solicitante(s). (Complete el número dos en cada sección SOLAMENTE si pide un préstamo junto con otra persona)

Primer Nombre (Si cuenta conjunta, lista los solicitante(s))		Inicial del segundo Nombre	Apellido				
1. Solicitante Principal _____		_____	1. _____				
2. Solicitante Secundario _____		_____	2. _____				
Numero(s) de Seguro Social-necesario			Numero de su Licencia de Manejar y el Estado				
1. _____ - _____ - _____			1. _____				
2. _____ - _____ - _____			2. _____				
Fecha de Nacimiento		Código y Numero de Teléfono		Código y Numero de Teléfono para mensaje			
1. _____		() _____		() _____			
2. _____		() _____		() _____			
Domicilio (numero y calle)		# de Apartamento	Ciudad	Estado	Condado	Código Postal	
1. _____		_____	_____	_____	_____	_____	
2. _____		_____	_____	_____	_____	_____	
Domicilio (Correo) (Si diferente que arriba)		Ciudad		Estado	Código Postal		
1. _____		_____		_____	_____		
2. _____		_____		_____	_____		
¿Cuanto tiempo ha vivido en este domicilio?		Solicitante Principal: En su residencia, Usted		Solicitante Principal: Numero de dependientes		Las edades	
1. Años: _____		Es Dueño: _____		_____		Solicitante Principal: Anote los nombres y edades de las personas en su hogar que califican por su Discapacidad de Desarrollo	
Meses: _____		Renta: _____		_____		Nombre _____ Edad _____	
Meses: _____		Otro: _____		_____		_____	
Solicitante Principal: Domicilio Anterior de primera solicitante		# de Apartamento	Ciudad	Estado	Condado	Código Postal	¿Cuantos? Años: _____ Meses: _____
Solicitante Principal: Lista dos familiares que no viven con usted.		Relación	Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Código y Numero del Teléfono
1. _____		_____	_____	_____	_____	_____	() _____
2. _____		_____	_____	_____	_____	_____	() _____

Nota: Puede ser requerido prueba de sus ingresos o impuestos para esta aplicación.

Nombre de la empresa donde trabaja (Si trabaja para usted mismo, el nombre de su empresa)		Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal
1. _____		_____		_____	_____	_____
2. _____		_____		_____	_____	_____
¿Cuánto tiempo ha trabajado allí? :		Ocupación o titulo de se trabajo		Teléfono de trabajo		Ingreso anual presente que recibe en este empleo (antes impuestos)
1. Anos: _____		1. _____		() _____		_____
Meses: _____		2. _____		() _____		_____
Nombre de donde antes trabajaba		¿Cuanto tiempo ha Trabajado allí?		Otro ingreso cada mes (es OPCIONAL.) (Incluya este ingreso SOLAMENTE si quiere que se considere cuando se calcule su habilidad de pagar su deuda.)		
1. _____		1. Anos: _____		TANF \$ _____ (cada mes)		
2. _____		Meses: _____		SSI \$ _____ (cada mes)		
		2. Años _____		SSDI \$ _____ (cada mes)		
		Meses _____		Otros Programas del Condado, Estado O Federal (TANF) \$ _____ (cada mes)		
				Asistencia de divorcio \$ _____ (cada mes)		
				Asistencia para el ayuda de sus niños \$ _____ (cada mes)		

Referencias de sus Finanzas (Cantidad de préstamo actual y la solicitud de préstamo futuro no puede superar los \$ 8,000.00)

¿Presentemente tiene un préstamo de Ayuda para la Familia? Sí ___ No ___ ¿Si, 'sí', cual es su saldo? \$ _____

¿Cuánto paga cada mes? \$ _____ ¿Ha estado en bancarrota? _____

Tipo de deuda	Prestador	Teléfono	Cuanto paga cada mes
Renta/Hipoteca		() _____	\$ _____
Automóvil		() _____	\$ _____
Otro:		() _____	\$ _____
Otro:		() _____	\$ _____

Lista TODAS las tarjetas de crédito que ahora mismo tienen un saldo: (Si necesita mas espacio, adhiera un papel a esta aplicación)

Nombre de la tarjeta de crédito	Número de la cuenta	Cantidad total debida	Cuanto paga cada mes
			\$ _____
			\$ _____
			\$ _____
			\$ _____

Préstamos se revisará la semana del 4 de marzo y se le notificará de la decisión de 1 de abril de 2013.
 En mayo y junio 2013 se publicará comprobaciones. Preguntas: 303-866-7450

El propósito de estos préstamos: (Marque todas las que sean apropiadas)

1. Adaptación al hogar			2. Materiales de construcción		
3. Labor (adaptaciones / adiciones, etc.)			4. Transportación Especializada		
5. Adaptaciones a la transportación			6. Ropa Especial/ Equipo especial		
7. Gastos Médicos / Dentales			8. Otro		

Explique con detalles. Incluya:

1. El nombre de la(s) persona(s) con discapacidades que van a beneficiarse con este préstamo; _____

2. ¿Esta persona esta:

A. Receviendo Medicaid? _____

B. Esperando un renuncia de Medicaid? _____

C. Matriculada en un renuncia de Medicaid? _____

3. Como se va a beneficiar; _____

4. Especificar en que se va a gastar el dinero (incluya una lista de los gastos o una estimación de lo que espera gastar.) Use papel adicional si es necesario. Para que el DDD pueda aprobar un préstamo, esta sección tiene que estar detallada y tiene que conformar con las normas establecidas para los fondos de préstamo mencionados en la sección anterior y en el folleto incluido con esta aplicación.

Servicio o Soporte:

Gasto:

5. ¿Cómo condición de aprobación del préstamo, que va a proveer como prueba de su gasto?

Iniciales _____

6. Cantidad de préstamo pidió: Lo máximo es \$8,000.00

(Si Usted tiene un préstamo ahora, La cantidad máxima de los dos no pueden ser mas que \$8,000.00)

\$ _____

Numero de meses que requiere para pagar esta deuda (de 1 a máximo de 60): _____

Declaración y Firma de el/los Solicitante(s)

Firmando, Yo/Nosotros Entiendo/Entendemos y estoy/estamos de acuerdo con lo siguiente: 1) Haciendo una aplicación para un préstamo de los servicios de ayuda para la familia he/hemos leído toda la información incluida con la aplicación; 2) toda la información incluida aquí es correcta y se puede confiar en ella; 3) Yo/Nosotros autorizo/amos a los División de Discapacidades del Desarrollo a que obtengan información acerca de mi/nuestro crédito establecido y deudas.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Segundo Solicitante: _____ Fecha: _____

EL REPRESENTANTE DEL CCB COMPLETARA DESPUES DE QUE LO(S) SOLICITANTE(S) COMPLETE(N) LA APLICACION. El préstamo no será procesado sin esta información. Ccb: el solicitante debe estar en ccms esperando por fssp o matriculados en fssp al tiempo del préstamo.

VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD: La Familia Satisface los Requisitos para el Programa Ayuda de la Familia y pueden aplicar para este préstamo. Sí No

Nombre de Representante del CCB: _____ Nombre del CCB: _____

Firma: _____ Titulo del Representante: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Nombre de la persona que califican por su Discapacidad de Desarrollo _____ Edad _____