



Application # \_\_\_\_\_

DATE RECEIVED STAMP

# CITY OF SALEM, MASSACHUSETTS

## DEPARTMENT OF PLANNING AND COMMUNITY DEVELOPMENT

KIMBERLEY DRISCOLL  
ALCALDESA

TOM DANIEL, AICP  
DIRECTOR

98 WASHINGTON STREET, 2<sup>ND</sup> FLOOR ♦ SALEM, MASSACHUSETTS 01970  
TEL: 978-619-5685

### SOLICITUD DE PRÉSTAMO AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE VIVIENDAS

#### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Propietario: \_\_\_\_\_ Co-propietario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
Otro # de contacto: \_\_\_\_\_ Dirección de email: \_\_\_\_\_

Cantidad de miembros en su hogar (incluyéndolo a usted y otros individuos no parientes): \_\_\_\_\_

Liste todos los miembros de su hogar	Edad	# de Seguro Social	Relación con el solicitante

#### INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD:

Año de construcción: \_\_\_\_\_ # de unidades\*: \_\_\_\_\_ # de unidades ocupadas: \_\_\_\_\_

¿Está usted al día en el pago de sus impuestos a la propiedad y los pagos de agua y alcantarillado?  No  Si

¿Tiene su hogar pintura de plomo?  No  Si  No sé  Plomo previamente eliminado

¿Ha dado positiva la prueba de envenenamiento de plomo de algún niño menor de 6 años?  No  Si  No sé

¿Ha sido la propiedad citada por Violaciones al Código que no hayan sido corregidas?  No  Si

Si afirmativo, marque el tipo de Violación al Código:  Edificio  Salud  Electricidad  Plomería  Fuego

Reparaciones necesarias:  Techo  Electricidad  Plomería  Calefacción  Ventanas  
 Aislamiento  Escaleras  Pintura  Eliminar plomo  Eliminar Asbestos  Otro:

¿Ha asistido este programa esa propiedad anteriormente?  No  Si ¿Sí?, ¿En qué año? \_\_\_\_\_  No sé

¿Existe alguna **EMERGENCIA** que amenace la salud y la seguridad de los residentes en la propiedad (por ejemplo, un techo goteando continuamente o falta de calefacción en invierno)?  No  Si Especifique: \_\_\_\_\_

¿Alguien requiere modificaciones de accesibilidad para poder seguir viviendo en el hogar?  No  Si

\*Si la propiedad tiene más de una unidad, cada inquilino debe completar una **Solicitud de Inquilino y presentar documentos de ingresos.**

**Si la propiedad tiene varias unidades, por favor complete esta página;** de lo contrario, vaya a la página 3.

**INFORMACIÓN DE LA UNIDAD Y EL INQUILINO:** CADA INQUILINO DEBE LLENAR UNA **SOLICITUD:**

Unidad #  1  2  3  4 Ubicación (piso):  1<sup>ro</sup>  2<sup>do</sup>  3<sup>ro</sup>  4<sup>to</sup>  Otro \_\_\_\_\_

Cantidad de cuartos:  1  2  3  4  Otro \_\_\_\_\_ ¿Pintura de plomo?:  Si  No  No sé

¿La unidad está ocupada?  No  Si Cantidad de personas viviendo en la unidad: \_\_\_\_\_

Marque lo adecuado a personas viviendo en la unidad  menor de 6 años  62 o mayor  discapacitado

¿Está solicitando reparaciones para esta unidad?  No  Si

Nombre de cabeza de familia: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Recibe el arrendatario subsidio de alquiler? (Sección 8, Certificado 707, etc.)  No  Si

Alquiler mensual actual: \$ \_\_\_\_\_ Alquiler después de la rehabilitación \$ \_\_\_\_\_

Unidad #  1  2  3  4 Ubicación (piso):  1<sup>ro</sup>  2<sup>do</sup>  3<sup>ro</sup>  4<sup>to</sup>  Otro \_\_\_\_\_

Cantidad de cuartos:  1  2  3  4  Otro \_\_\_\_\_ ¿Pintura de plomo?:  Si  No  No sé

¿La unidad está ocupada?  No  Si Cantidad de personas viviendo en la unidad: \_\_\_\_\_

Marque lo adecuado a personas viviendo en la unidad  menor de 6 años  62 o mayor  discapacitado

¿Está solicitando reparaciones para esta unidad?  No  Si

Nombre de cabeza de familia: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Recibe el arrendatario subsidio de alquiler? (Sección 8, Certificado 707, etc.)  No  Si

Alquiler mensual actual: \$ \_\_\_\_\_ Alquiler después de la rehabilitación \$ \_\_\_\_\_

Unidad #  1  2  3  4 Ubicación (piso):  1<sup>ro</sup>  2<sup>do</sup>  3<sup>ro</sup>  4<sup>to</sup>  Otro \_\_\_\_\_

Cantidad de cuartos:  1  2  3  4  Otro \_\_\_\_\_ ¿Pintura de plomo?:  Si  No  No sé

¿La unidad está ocupada?  No  Si Cantidad de personas viviendo en la unidad: \_\_\_\_\_

Marque lo adecuado a personas viviendo en la unidad  menor de 6 años  62 o mayor  discapacitado

¿Está solicitando reparaciones para esta unidad?  No  Si

Nombre de cabeza de familia: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Recibe el arrendatario subsidio de alquiler? (Sección 8, Certificado 707, etc.)  No  Si

Alquiler mensual actual: \$ \_\_\_\_\_ Alquiler después de la rehabilitación: \$ \_\_\_\_\_

Unidad #  1  2  3  4 Ubicación (piso):  1<sup>ro</sup>  2<sup>do</sup>  3<sup>ro</sup>  4<sup>to</sup>  Otro \_\_\_\_\_

Cantidad de cuartos:  1  2  3  4  Otro \_\_\_\_\_ ¿Pintura de plomo?:  Si  No  No sé

¿La unidad está ocupada?  No  Si Cantidad de personas viviendo en la unidad: \_\_\_\_\_

Marque lo adecuado a personas viviendo en la unidad  menor de 6 años  62 o mayor  discapacitado

¿Está solicitando reparaciones para esta unidad?  No  Si

Nombre de cabeza de familia: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Recibe el arrendatario subsidio de alquiler? (Sección 8, Certificado 707, etc.)  No  Si

Alquiler mensual actual: \$ \_\_\_\_\_ Alquiler después de la rehabilitación \$ \_\_\_\_\_



# CITY OF SALEM, MASSACHUSETTS

## DEPARTMENT OF PLANNING AND COMMUNITY DEVELOPMENT

KIMBERLEY DRISCOLL  
ALCALDESA

TOM DANIEL, AICP  
DIRECTOR

98 WASHINGTON STREET, 2<sup>ND</sup> FLOOR ♦ SALEM, MASSACHUSETTS 01970  
TEL: 978-619-5685

### FUENTES DE INGRESOS

#### A. INGRESOS POR EMPLEO(S)

Por favor, complete esta sección para **TODOS** los miembros del hogar de 18 años o mayores. Debe incluir todos los empleos actuales *a tiempo completo* o a *tiempo parcial*. Utilice otra hoja si es necesario.

Miembro del Hogar	Empleador / Fuente de Ingresos	Fecha de inicio	Ingreso anual bruto (antes de impuestos)
			\$ _____ por Año
			\$ _____ por Año
			\$ _____ por Año
			\$ _____ por Año
		<b>Total:</b>	\$ _____ por Año

¿Cambió la situación laboral de alguien en el último año o anticipa usted cambio en el año que viene?

No  Si En caso afirmativo, por favor especifique: \_\_\_\_\_

#### B. OTROS INGRESOS

##### OTROS INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Nombre del miembro del hogar	\$	\$	\$	\$
Social Security: (Incluyendo beneficios para niños)	\$	\$	\$	\$
(Pensiones / Anualidades):	\$	\$	\$	\$
Beneficios de Veteranos:	\$	\$	\$	\$
Discapacidad:	\$	\$	\$	\$
Welfare:	\$	\$	\$	\$
Compensación al Trabajador:	\$	\$	\$	\$
Desempleo:	\$	\$	\$	\$
Alimony (Pensión alimenticia):	\$	\$	\$	\$
Child Support (Manutención de Menores):	\$	\$	\$	\$
Ingreso por alquiler:	\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL:</b>	\$	\$	\$	\$

C. **INGRESOS POR ACTIVOS**- Un activo es dinero efectivo o un elemento no efectivo que puede convertirse a efectivo.

1. **CUENTA(S) DE AHORROS & CHEQUE:** Por favor adjunte copias de los informes de estado de cuentas de los últimos 6 meses..

Miembro del Hogar	Nombre del Banco o Institución bancaria	# de Cuenta	Tipo de Cuenta (Cheque o Ahorros)	Balance Actual
				\$
				\$
				\$
				\$

2. **INVERSIONES INMOBILIARIAS:** Dirección: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_  
 (que no sea su residencia primaria) Dirección: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_

3. **OTRAS INVERSIONES:** Incluya: acciones, bonos, certificados de ahorros, fondos del mercado monetario, certificados de depósito, cuentas IRA, Keogh u otras cuentas de inversión, contribuciones a fondos de jubilación o de pensiones que puedan ser retirados sin jubilación o terminación de empleo, tales como sumas globales, herencias, ganancias de capital, premios de lotería, pagos de seguros y otras demandas, y el valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida. **Por favor adjunte copia del más reciente informe de cuenta para cada uno.**

Miembro del Hogar	Descripción de Activo	Valor en Efectivo	Ingresos de Activos
<b>TOTAL</b>		\$	\$

**GASTOS DEL HOGAR:**

A. **HIPOTECA** Por favor, adjunte copia de la factura de hipoteca más reciente.

Nombre del Prestador	Cantidad actual del préstamo	Pago Mensual
Primario:	\$	\$
Secundario:	\$	\$
Otro:	\$	\$
<b>TOTAL</b>		\$

B. **GASTOS TRIMESTRALES**

(no incluidos en pagos de hipoteca)

Seguro: \$ \_\_\_\_\_  
 Impuesto a la propiedad: \$ \_\_\_\_\_  
 Agua & Alcantarillado: \$ \_\_\_\_\_  
 Total: \$ \_\_\_\_\_

C. **GASTOS MENSUALES**

Calefacción: \$ \_\_\_\_\_  
 Electricidad: \$ \_\_\_\_\_  
**D. OTROS GASTOS**  
 Tarjetas de crédito: \$ \_\_\_\_\_  
 Pago de coche: \$ \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Office Use Only:** If Moderate: Mtg Pymt \$ \_\_\_\_\_ + Qtr Exp/4 \$ \_\_\_\_\_ + H & E \$ \_\_\_\_\_ = Monthly Expenses \$ \_\_\_\_\_

Housing Cost Burden: Monthly Housing Expenses/ Monthly Income = \_\_\_\_\_% Greater than 30%?  Yes  No



CITY OF SALEM, MASSACHUSETTS  
DEPARTMENT OF PLANNING AND  
COMMUNITY DEVELOPMENT

KIMBERLEY DRISCOLL  
ALCALDESA

98 WASHINGTON STREET, 2ND FLOOR ♦ SALEM, MASSACHUSETTS 01970  
TEL: 978-619-5685

TOM DANIEL, AICP  
DIRECTOR

PROGRAMA DE PRÉSTAMOS PARA REHABILITACIÓN DE VIVIENDAS  
SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE CRÉDITO DE  
CONSUMIDOR

En relación con una transacción de crédito iniciada por el consumidor o consumidores que suscribe(n) que implican el otorgamiento de crédito, y de conformidad con la sección del Código Civil 1785.11 y 1785.12, el abajo firmante le indica que debe usted proporcionar la siguiente información para el Programa de Préstamos de Rehabilitación de Viviendas administrado por y a través del Departamento de Planificación y Desarrollo de la Comunidad de la Ciudad de Salem. Una fotocopia de mi firma puede ser usada para obtener alguna o toda la información que se indica a continuación:

Toda la información sobre los asuntos que se indican a continuación:

- 1. Mi/Nuestro empleo (incluyendo salario o pago);
- 2. Cuentas de ahorro o cheque;
- 3. Hipotecas;
- 4. Cuentas de corretaje (brokerage);
- 5. Cualquier crédito, anterior o actual, ya sea cerrado o abierto;
- 6. Un informe de crédito completo de mi/nuestra historia de crédito pasada y presente.

Toda la información sobre las cantidades recibidas por el abajo firmante (incluida la fecha final de pago) en las siguientes categorías:

- 7. Asistencia pública (incluyendo AFDC, SSI, SSA, SSD y SDI);
- 8. Anualidades, pensión o planes de retiro, (incluyendo PERS);
- 9. Pagos ordenados por la corte, incluyendo manutención de hijos y del cónyuge;
- 10. Compensación para trabajadores;
- 11. Desempleo.

Esta autorización se mantendrá vigente durante 6 meses a partir de la fecha de mi firma.

Deletrear nombre: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Deletrear nombre: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

---

## INFORMACIÓN PARA FINES DE VERIFICACIÓN POR EL GOBIERNO

---

La siguiente información la solicita el gobierno Federal para ciertos tipos de préstamos con el fin de supervisar el cumplimiento por parte de la Ciudad de Salem con las leyes de igual oportunidad de crédito y de vivienda justa. Si bien usted no está obligado a proporcionar esta información, se le exhorta a hacerlo. La ley dispone que un prestador no puede discriminar en base a la información, ni si ha elegido o no proporcionarla.

Bajo las regulaciones federales, la Ciudad de Salem necesita anotar la raza y el sexo basado en una observación visual o el apellido. Si usted no desea proporcionar esta información, sírvase marcar la casilla de abajo.

Yo no deseo proporcionar esta información.

---

### CABEZA DE FAMILIA:

1. ¿Cuál es su sexo?       Masculino       Femenino

2. ¿Es usted Hispano/Latino?     Sí\*     No      \* Aun si usted marcó Sí a esta pregunta en el origen étnico, por favor conteste la pregunta 3 sobre la raza.

3. ¿Cuál es su raza? Por favor marque solo UNA casilla.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                               | <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano & Blanco                           |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano                 | <input type="checkbox"/> Asiático & Blanco                                       |
| <input type="checkbox"/> Asiático                             | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco               |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska   | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska & Negro/Afro Americano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otra mezcla racial                                      |
- 

### DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

---

¿Es usted actualmente o ha sido en los últimos doce meses, un empleado, agente, consultor o funcionario electo o designado de alguna agencia (incluyendo la Ciudad de Salem o el Departamento de Planificación y Desarrollo de la Comunidad de Salem) que reciba fondos directa o indirectamente del CDBG y /o de HOME?

No     Sí

---

### ACEPTACIÓN Y ACUERDO

---

Al firmar esta solicitud, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender, y que *ninguna información ha sido excluida*, lo que podría afectar razonablemente un juicio respecto a la elegibilidad para asistencia financiera. Doy al Departamento de Planificación y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Salem el derecho para obtener la verificación de cualquier fuente en el presente documento y afirmo que estoy de acuerdo con todos los términos y requisitos del programa. Mi firma abajo confirma mi entendimiento de que toda distorsión, intencional o negligente, de la información contenida en esta solicitud podría resultar en responsabilidad civil y/o sanciones penales en virtud de lo dispuesto en el Título 18, Código de Estados Unidos, Sección 1001, y la responsabilidad por daños y perjuicios monetarios a la Ciudad de Salem, sus agentes sucesores y cesionarios, los aseguradores y cualquier otra persona que sufra alguna pérdida debido a la dependencia en cualquier declaración falsa que haya yo hecho en esta solicitud.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\* Favor de presentar todos los documentos requeridos en la Lista con su Solicitud.\*\***