



PAQUETE DE ASESORIA PARA EJECUCION HIPOTECARIA

2017

OFICINA CENTRAL

JOSEPH CORPORATION
32 South Broadway
Aurora, Illinois 60505
(630) 906-9400

OFICINA SATELITE

EVERLASTING WORD CHURCH
22 North Highland Avenue
Aurora, Illinois 60505
(630) 906-1392

www.josephcorporation.org

PAQUETE DE ASESORIA PARA EJECUCION HIPOTECARIA

Junto con este paquete estan todas las formas necesarias para **SERVICIOS DE ASESORIA** a través de **“JOSEPH CORPORATION”**. Asegurese de completar y contestar TODAS las formas.

Además del paquete, necesita **COPIAS DE UN SOLO LADO SIN GRAPAS** de la documentación adicional que se enumera a continuación, así como una carta de adversidad económica. El paquete y la documentación pueden ser dejados en la dirección que aparece abajo de **Lunes al Viernes de 9:00a.m. a 4:30p.m.** Las copias pasarán a formar parte de su archivo para ayudarnos en la preparación de un plan de acción con usted.

- a) Comprobante de ingresos de los últimos 2 meses de **TODOS** los miembros de la familia que vivan en la casa. Esto tambien incluye prueba de cualquier ingreso; copia de la carta mas reciente de cualquier compensación por desempleo, pagos de discapacidad, pensión de jubilación o pagos del seguro social, ayuda pública o cupones para alimentos. Si usted es dueño de negocio propio, un estado de cuentas de Ganancias y Perdidas del negocio, por los últimos seis (6) meses, es requerido.
- b) Sus últimas dos declaraciones de impuestos, incluyendo las formas W-2 de todos los miembros de la familia. La declaración de impuestos y la forma W-2 son dos formas separadas y las dos deben ser presentadas. Estas declaraciones incluyen las formas declaradas para negocios o si trabaja por su propia cuenta. Si no tiene ninguna declaración de impuestos deberá presentar la forma IRS 4506-T (Petición para la Transcripción de la Declaración de Impuestos), la cual puede recoger en la recepción.
- c) Los últimos tres estados de cuenta bancarios de TODOS los miembros de la familia que vivan en la casa. Deberá incluir estados de cuenta de uniones de crédito y cuentas de negocios. **TODAS LAS PAGINAS.**
- d) Copias de los estados de cuenta de tarjetas de crédito, tarjetas de gas, tarjetas de banco, prestamos de carro, prestamos de muebles, prestamos a plazo, prestamos de estudiantes, pagos de utilidades mensuales, cualquier descuento de su salario y todos los papeles de bancarrota. **SI APLICA** – si corresponde – traer declaraciones recientes de su hipoteca y su acta de divorcio.
- e) Usted puede proveer a **“JOSEPH CORPORATION”** una copia impresa de su informe de crédito gratuito a través de annualcreditreport.com.

NO HABRA CITAS DE ASESORIA SIN EL PAQUETE COMPLETO QUE INCLUYA LA DOCUMENTACION ARRIBA SOLICITADA. LOS PAQUETES INCOMPLETOS NO SERAN ACEPTADOS!

MAIN OFFICE

JOSEPH CORPORATION
32 South Broadway
Aurora, Illinois 60505
(630) 906-9400

SATELLITE OFFICE

EVERLASTING WORD CHURCH
22 North Highland Avenue
Aurora, Illinois 60505
(630) 906-1392
(call for office hours)

www.josephcorporation.org

POLITICA DE PRIVACIDAD

“JOSEPH CORPORATION” esta comprometido a asegurar la privacidad de los individuos y/o familias que se han puesto en contacto con nosotros para ayuda. Sabemos que la razón por la que viene con nosotros es muy personal. Le aseguramos que toda la información compartida, tanto oral como por escrito, será manejada dentro de las consideraciones legales y de ética. Su “información personal no-pública”, como su información de deudas total, los ingresos, los gastos de mantenimiento y la información personal acerca de sus circunstancias financieras, serán proporcionados a acreedores, monitores de programa, y otros, sólo con su autorización y firma en el Acuerdo de Consejería de la Mitigación de la Ejecución Hipotecaria. También podemos usar la información de archivo de su caso en forma anónima para la evaluación de nuestros servicios, información de investigación valiosa y diseño de futuros programas.

Tipo de información que obtendremos de Usted:

- Información recibida de Usted oralmente, en aplicaciones u otras formas, como su nombre, dirección, número de seguro social, activos e ingresos;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, sus acreedores, u otros, como su saldo de la cuenta, historia de pago, partes vinculadas, uso de tarjeta de crédito; e
- Información recibida de una agencia de reporte de crédito, como su historia de crédito.

Usted puede optar por no aceptar ciertas revelaciones:

- Usted tiene la oportunidad de optar por no aceptar divulgaciones de su información personal no pública a terceras partes (por ejemplo, sus acreedores), es decir, nosotros no divulgaremos esa información.
- Si opta por "no aceptar", no seremos capaces de responder preguntas de sus acreedores. Si en cualquier momento, Usted desea cambiar su decisión con respecto a "no aceptar", puede llamar a “Joseph Corporation” al teléfono (630) 906-9400, o enviar solicitud por escrito a: **“JOSEPH CORPORATION”** 32 S. Broadway; Aurora, IL 60505.

Publicación de su información a terceras partes:

- A pesar de elegir “no aceptar”, nosotros podemos divulgar alguna o toda la información que recopilamos, como describimos anteriormente, a sus acreedores o terceras partes, donde determinemos que sea necesario para ayudarlo, asesorarlo, o cuando sea requisito para obtener ayuda financiera, que hace posible nuestros servicios.
- Nosotros también podemos divulgar cualquier información personal no pública acerca de Usted o cualquier cliente cuando se solicite, en la medida permitida por la ley (por ejemplo: si estamos obligados a hacerlo por proceso legal).
- Dentro de la organización, restringimos el acceso a información personal no pública sobre usted a aquellos empleados que necesitan conocer dicha información para proporcionarle servicios. Mantenemos los archivos en resguardo físico, electrónico y procesales que cumplen con las regulaciones federales para proteger nuestra información personal no pública.

YO/NOSOTROS HEMOS LEIDO Y ENTENDIDO LA POLITICA DE PRIVACIDAD DE “JOSEPH CORPORATION”.

Firma del Cliente

____/____/_____
Fecha

Firma del Co-Client

____/____/_____
Fecha

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Fecha: ____/____/____

Para: _____

Atención: Departamento de Mitigación de Pérdidas

RE: Número de Cuenta: _____

Prestatario(s): _____

Dirección de la Propiedad: _____

Estimado Señor(a):

Yo/nosotros estamos trabajando con **“JOSEPH CORPORATION”**– aprobados por HUD sin fines de lucro, en un plan para resolver la delincuencia de nuestra hipoteca. Yo/nosotros autorizamos a revelar cualquier y/o toda información referente a nuestra cuenta que sea solicitada.

Yo/nosotros autorizamos discutir nuestro caso con _____ o cualquier otro agente autorizado de **“JOSEPH CORPORATION”**. Ellos están trabajando en ayudarnos a resolver nuestros problemas financieros y proponer un plan de mitigación de pérdida que está dentro de sus pautas. Le pedimos que complete la solicitud para la información del préstamo que acompaña esta carta. Por favor regrese la forma por fax a **“JOSEPH CORPORATION”** al (630) 906-9406, antes de el día _____ de _____ de 20____.

En el futuro, Usted podrá revelar información adicional de esta cuenta a **“JOSEPH CORPORATION”**, sin ninguna autorización adicional de nuestra parte.

Gracias por tomarse el tiempo para atender esta solicitud.

Atentamente,

Firma del Cliente

____/____/____
Fecha

Firma del Co-Cliente

____/____/____
Fecha

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

AUTORIZACION PARA REVELAR REPORTE DE CREDITO

Yo/nosotros _____ autorizamos a **“JOSEPH CORPORATION OF ILLINOIS, INC.”** pedir un Reporte de Crédito para verificar la información del crédito. La información que se obtenga será utilizada únicamente para ayudar a determinar la capacidad financiera.

CLIENTE: Por favor llene toda la información en letras de molde **(excepto su firma)**

Apellido Nombre	Nombre	Inicial del Segundo
Dirección	Ciudad	Estado
Zona Postal		
Renta: _____	Dueño: _____	Cuantos años tiene en esta dirección? _____
Número de Seguro Social: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Firma: _____	Fecha: ____/____/____	

CO-CLIENTE: Por favor llene toda la información en letras de molde **(excepto su firma)**

Apellido Nombre	Nombre	Inicial del Segundo
Dirección	Ciudad	Estado
Zona Postal		
Renta: _____	Dueño: _____	Cuantos años tiene en esta dirección? _____
Número de Seguro Social: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Firma: _____	Fecha: ____/____/____	

Ley de privacidad: La información a obtenerse se utilizará por el prestamista y cualquier agencia federal asegurando, garantizando o comprando la hipoteca para determinar si usted califica como un cliente prospectivo dentro de las normas de aseguramiento del prestamista y agencia. La información no será divulgada fuera del prestamista y la Agencia federal sin su consentimiento, excepto a la persona o empresa de verificación de la información, incluyendo pero no limitado a, su empleador, banco, prestamista y cualquier otra referencia de crédito según sea necesario, para verificar otra información de crédito y según lo permitido por la ley. No tienen que darnos esta información, pero si no lo hace, su préstamo de hipoteca puede ser retrasado o rechazado. La información que obtenemos es autorizada por el título 38 U.S.C. capítulo 37 (if VA); y 12 U.S.C. sección 1701 et seq (if HUD/FHA).



DECLARACION SOBRE SERVICIOS DE CONSEJERIA Y CONFLICTO DE INTERES

Propósito de Asesoría de Vivienda. Yo/nosotros entendemos que la finalidad de la asesoría de vivienda es proporcionar servicio de uno-a-uno el asesoramiento para ayudar a los clientes a abordar los problemas que impiden el financiamiento accesible de hipotecas. El asesor analizará mi/nuestra situación financiera y de crédito, identificará las barreras que impiden a mí/nosotros desde la obtención del financiamiento accesible de hipotecas, y desarrollará un plan para eliminar esas barreras. El asesor también proporcionará asistencia en la gestión de la deuda con la preparación de un plan de presupuesto mensual manejable. Yo/nosotros entendemos que no será responsabilidad del asesor solucionar el problema para nosotros sino para brindar orientación y educación para habilitarnos en arreglar esos problemas que impiden el financiamiento accesible de hipotecas.

Asistencia de Financiamiento Hipotecario. Tras la finalización del servicio de asesoría sobre la vivienda, Yo/nosotros entendemos que el asesor ayudará a identificar aquellos programas de préstamo que mejor satisfagan nuestras necesidades y elegir un prestamista que es adecuado para nosotros. Tras la finalización del servicio, y con nuestro permiso, nuestra información será transferida a nuestro prestamista seleccionado. Yo/nosotros entendemos que el asesor supervisará nuestro progreso de préstamo para garantizar que el proceso de préstamo se ejecute sin problemas y proporcionar la asistencia necesaria. Yo/nosotros entendemos que la agencia de asesoramiento no garantiza que nosotros recibiremos financiamiento hipotecario del prestamista elegido.

Criterio de Elegibilidad. Yo/nosotros entendemos que la agencia de asesoramiento ofrece asesoría de vivienda, asistencia a clientes cuyos problemas pueden resolverse en 24 meses o menos. Entendemos que si se determina que nuestras cuestiones llevarán más de 24 meses, vamos a ser referidos a un largo plazo del servicio de asesoría sobre la vivienda.

Clases de educación sobre la Propiedad de Vivienda. Yo/nosotros entendemos que como parte del servicio de asesoría sobre la vivienda, estaremos obligados a asistir a clases de educación para propietarios de vivienda.

Responsabilidad del Cliente. Yo/nosotros entendemos que es nuestra responsabilidad trabajar en conjunción con el proceso de asesoramiento y que la negativa a cooperar tendrá como resultado la suspensión del programa de orientación. Esto incluye pero no se limita a faltar a TRES (3) citas consecutivas, O falta de comunicarse con la consejera por más de 90 días.

Declaración de Relaciones y Servicios Alternativos entre Agencias, y Libertad del Cliente a

Escoger su Servicio: De vez en cuando, “JOSEPH CORPORATION” informa a los clientes de productos y/o servicios que creemos son de gran valor. Estos productos y/o servicios pueden estar disponibles directamente de “JOSEPH CORPORATION”, prestamistas, promotores y otras agencias con las que “JOSEPH CORPORATION” tiene una relación de trabajo. Usted no tiene ninguna obligación de utilizar los productos y/o servicios identificados por “JOSEPH CORPORATION”, ya sea de nosotros o de socios de la industria. Por favor, entienda que usted es libre de elegir cualquier prestamista, agencia financiera o cualquier entidad, independientemente de las recomendaciones formuladas por el representante de “JOSEPH CORPORATION” y aún así podrá participar en nuestro programa de asesoría. Es su derecho y responsabilidad de decidir a participar en cualquier curso de consejería con “JOSEPH CORPORATION” y determinar si la orientación es adecuada para usted. El plan de acción individualizado y la dirección de nuestras sesiones de asesoría se basará en el plan del caso que desarrollamos juntos. Los medios para lograr los resultados y metas de su plan evolucionarán mutuamente entre nosotros y deberán ser revisados regularmente durante nuestras

sesiones de asesoría. Además, usted no tiene ninguna obligación de obtener una hipoteca o comprar una casa y tiene la opción de finalizar el programa de asesoría en cualquier momento por cualquier razón. Lista corriente de agencias apoyando a Joseph Corporation: Associated Bank, Bank of America, BBMC Mortgage, BMO Harris Bank, City of Aurora, Dunham Foundation, Emmanuel House, Everlasting Word Church, First Midwest Bank, Illinois Housing Development Authority (IHDA), First National Bank, Two Rivers Head Start Agency – Kane County, Kane County 16th Judicial Court.

Errores, Omisiones y Exoneración de Responsabilidad: Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo que Joseph Corporation, sus empleados, agentes y directores no son responsable por cualquier reclamo o causa de acción resultante por algún error e omisión por tales, o relacionado a mi participación en los programas de consejería de Joseph Corporation. Por la presente, descargo y libero de toda acción y reclamaciones en contra de Joseph Corporation y sus afiliados. He/Hemos leído este documento, y entiendo/entendemos que He/Hemos renunciado a los derechos sustanciales firmándolo, y lo he firmado libremente y sin ninguna inducción o garantía ninguna, y la intención de una liberación completa e incondicional de toda la responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley. Si alguna de las disposiciones de este documento es inaplicable, se modificará en la medida necesaria para que la disposición sea válida y vinculante, y el resto de este documento seguirá siendo aplicable en toda la extensión permitida por la ley.

Aseguramiento de la Calidad: Para evaluar la satisfacción del cliente, y de acuerdo con los requisitos de financiación de la subvención, Joseph Corporation, o uno de sus socios, puede contactar al cliente durante o después de la terminación del servicio de asesoramiento de vivienda. El cliente puede ser solicitado para completar una encuesta, pidiendo una evaluación de su experiencia. Los datos de la encuesta se pueden compartir confidencialmente con los donantes de la Corporación Joseph, como HUD, NeighborWorks America, United Way y otros. He/hemos revisado lo anterior aceptamos y estamos de acuerdo en la declaración de ausencia de conflicto de interés arriba declarada. A cada cliente se le pide que firme esta declaración, indicando que ha leído y entendido su contenido.

Yo/nosotros, _____ y _____, certificamos que hemos leído y entendido la declaración anterior. Cualquier pregunta que tuvimos la discutimos previamente con nuestro asesor y respondió a nuestra entera satisfacción. Nosotros hemos recibido una copia de esta declaración.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Co-Cliente

Fecha

ACUERDO DE ASESORIA PARA MITIGACION DE EJECUCION HIPOTECARIA

Yo/nosotros, _____ y _____, entendemos que **“JOSEPH CORPORATION”** proporciona asesoramiento de mitigación de ejecución hipotecaria; después recibiré un plan de acción por escrito, que consiste en recomendaciones para el manejo de las finanzas, posiblemente incluyendo referencias a otras agencias de la vivienda, según corresponda.

Yo/nosotros entendemos que **“JOSEPH CORPORATION”** recibe fondos del Congreso a través del programa nacional de asesoría para mitigación de ejecución hipotecaria (NFMC) y, como tal, es necesario compartir algunos de mis datos personales con la administración del programa NFMC, o sus agentes, con el propósito de cumplir, monitorear, y evaluar el programa.

Yo/nosotros damos permiso para que los administradores y/o evaluadores del programa NFMC den seguimiento de nuestro caso durante TRES (3) años a partir de la fecha que esta forma ha sido firmada con el propósito de evaluar el programa.

Yo/nosotros entendemos que podemos ser referidos si es necesario a otros servicios de alojamiento de la organización, o de otra agencia, que puedan ayudar con problemas particulares que sean identificados. Yo/nosotros entendemos que no estamos obligados a utilizar cualquiera de los servicios ofrecidos.

Yo/nosotros entendemos que un asesor puede responder preguntas y proporcionar información, pero no da asesoramiento jurídico. Si tenemos un problema legal directamente relacionado con nuestra ejecución hipotecaria, delincuencia o venta corta, entiendo que el asesor de nuestra vivienda puede referirnos para asistencia jurídica con fondos del programa NFMC. Si aceptamos este referido, damos permiso para que nuestro asesor y abogado compartan nuestro archivo como es permitido por la ley del estado y las normas de conducta de la barra profesional. Si queremos tener asesoramiento jurídico, seremos referidos para asistencia apropiada o podremos buscar asesoría legal por nuestra cuenta.

Entiendo que **“JOSEPH CORPORATION”** proporciona información y educación en numerosos préstamos y programas de vivienda, y además entiendo que la asesoría que recibimos de **“JOSEPH CORPORATION”** de ninguna manera nos obliga a elegir cualquiera de estos préstamos o programas de vivienda.

Yo/nosotros reconocemos que hemos recibido una copia de la declaración de la póliza de privacidad de **“JOSEPH CORPORATION”**.

Firma del Cliente: _____

Firma del Co-Cliente: _____

Fecha: ____/____/____

PLAN DE ACCION CORRECTIVA/OBSTACULOS

Nombre del cliente(s): _____

Número de teléfono: () _____ - Trabajo () _____ - Trabajo
 () _____ - Celular () _____ - Celular
 () _____ - Casa () _____ - Casa

PROBLEMAS/OBSTACULOS A SUPERAR:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: ___/___/___

Firma del Co-Cliente: _____ Fecha: ___/___/___

ESTRATEGIAS PARA AYUDAR EN LA SUPERACION DE OBSTACULOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Firma del Asesor: _____ Fecha: ___/___/___

PRIMERAS TRES TAREAS ASIGNADAS AL CLIENTE:

1. _____
2. _____
3. _____

Código: _____ (para uso de oficina solamente)

Firma del Asesor: _____ Fecha: ___/___/___

PLAN DE GASTOS PERSONALES

A. INGRESO MENSUAL (NETO)

* Empleo de Tiempo Completo #1: \$ _____
 ** Empleo de Tiempo Completo #2: \$ _____
 * Empleo de Medio Tiempo #1: \$ _____
 ** Empleo de Medio Tiempo #2: \$ _____
 Beneficios de Desempleo: \$ _____
 Beneficios del Seguro Social: \$ _____
 Beneficios de Discapacidad: \$ _____
 Beneficios de Jubilación: \$ _____
 "T.A.N.F." \$ _____
 Ayuda en General: \$ _____
 Manutención Alimenticia: \$ _____
 Regalos/Contribuciones: \$ _____
 Otro: \$ _____
TOTAL INGRESO MENSUAL: \$ _____

B. GASTOS DE VIVIENDA

Renta/Hipoteca \$ _____ / _____
 2^{da} Hipoteca / HOA \$ _____ / _____

UTILIDADES

Luz: \$ _____
 Gas: \$ _____
 Agua: \$ _____
 Basura: \$ _____
 Teléfono/Internet/Cable: \$ _____
 Celular: \$ _____
 Alimentos: \$ _____

TRANSPORTACION

Peaje, Autobus, Tren: \$ _____
 Gasolina: \$ _____
 Reparación/mant.de auto:\$ _____

ASEGURANZA

De auto: \$ _____
 Médica/Dental: \$ _____
 De vida: \$ _____
 De vivienda: \$ _____
 Cuidado de niños: \$ _____
 Manutención alimenticia: \$ _____
 Gastos médicos (sin aseguranza):\$ _____
 Ropa/tintorería: \$ _____
 Reparación/mant. de casa: \$ _____
 Aseo personal: \$ _____
 Entretenimiento: \$ _____
 Club Deportivo: \$ _____
 Iglesia: \$ _____
 Otro: _____ \$ _____
 Otro: _____ \$ _____
 Otro: _____ \$ _____

TOTAL GASTOS MENSUALES: \$ _____

C. DEUDAS A LARGO PLAZO

ACREDEOR	PAGO MENSUAL	SALDO
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

D. RESUMEN DE LA SITUACION FINANCIERA

Total Ingreso Mensual: \$ _____
 Total Gastos Mensuales: \$ _____
 Total Deudas a largo plazo: \$ _____
 Excedente (Déficit) Total: \$ _____

E. AHORROS

Saldo de Ahorros: \$ _____
 Cantidad ahorrada este mes: \$ _____
 Cantidad total ahorrada: \$ _____

 Firma del Cliente

_____/_____/_____
 Fecha

 Firma del Co-Cliente

_____/_____/_____
 Fecha

* - Cliente
 ** - Co-Cliente

Es Usted el dueño? Si No Vive Usted en la casa? Si No
Cuándo compro la casa? _____ Cuál fue el costo? \$ _____
Que compañía tiene su hipoteca? _____
Es este su prestamista original? Si No Si no, quien fue el prestamista original? _____
Ha refinanciado su casa? Si No Cuántas veces? _____ Cuándo fue la ultima vez? _____
Por que cantidad? \$ _____ Cuál fue la razón del refinanciamiento? _____
Recibió dinero en efectivo? Si No En caso afirmativo, cuánto fue? \$ _____
Cuántos pagos no ha hecho? _____
Cuándo fue la ultima vez que mando un pago y fue aceptado? _____ De que mes? _____
Que cantidad envio? \$ _____ Cuánto es el pago que tiene programado? \$ _____
Ese pago incluye impuestos y aseguranza? Si No
Si no, sus impuestos estan al corriente, cuanto debe? _____

Si los impuestos de la casa no han sido pagados, tiene fecha de amortización (ultima fecha para pagar) en caso afirmativo, cuál es la fecha? ____/____/_____

Cuánto es el saldo de su primer hipoteca? \$ _____

Sabe Usted cuánto tardaría para reintegrar su préstamo, y cuánto sería? _____

Tiene algun ahorro para reintegrar su préstamo, en caso afirmativo, cuánto tiene? _____

Ha recibido papeles de la corte? Si No Cuándo los recibió? _____

Ha ido a corte? Si No Cuándo fue a corte? _____

Existe fecha de venta, para cuándo? _____

Se ha declarado en banca rota? Si No Cuándo? _____

Esta al corriente de los pagos de banca rota? Si No

Ha completado su plan de banca rota? Si No

Cuál es el valor actual de su propiedad? \$ _____

Que tipo de préstamo es su primer hipoteca? FHA Convencional Otro _____
Tiempo del préstamo? _____ años. Tasa de interés: _____ % _____ Fijo _____ Variable
_____ No estoy seguro

Que tipo de préstamo es la segunda hipoteca, u otro préstamo? FHA Convencional Otro _____
Tiempo del préstamo? _____ años. Tasa de interés: _____ % _____ Fijo _____ Variable
_____ No estoy seguro

Tiene alguna otra propiedad? Si No En caso afirmativo, cuál es la dirección y que tipo de propiedad es? _____

INFORMACION ECONOMICA DE LA FAMILIA

Mujer soltera responsable de la familia Hombre soltero responsable de la familia
 Adulto soltero Dos o mas adultos sin relación familiar Casados con hijos
 Casados sin hijos Otro

Tamaño del hogar familiar: _____
Cuántos dependientes (otros aparte del co-cliente)? _____

De que género y edades? _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

Hay no-dependientes viviendo en la casa? Si No En caso afirmativo, descríbalos:

_____	_____	_____	_____
Relación	Edad	Relación	Edad

Ingreso Anual Familiar: \$ _____

Educación:

<input type="checkbox"/> Debajo de Diploma de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria o Equivalente
<input type="checkbox"/> Dos años de Colegio	<input type="checkbox"/> Título de Licenciatura
<input type="checkbox"/> Grado de Maestría	<input type="checkbox"/> Sobre Grado de Maestría

ESTE ESPACIO HA SIDO DEJADO INTENCIONALMENTE EN BLANCO

CO-CLIENTE

Por favor escriba claramente

Nombre: _____
 Primer _____ Segundo _____ Apellido _____

Dirección: _____

 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono casa: (____) _____ Teléfono trabajo: (____) _____

Celular: (____) _____ Correo electrónico: _____

_____-_____-_____
 Número de Seguro Social

_____/_____/_____
 Fecha de Nacimiento

Raza (por favor circule):

- | | | |
|----------------------|------------------------------------|---|
| 1. Blanco | 2. Negro/Afro Americano | 3. Indio Americano/ Nativo de Alaska |
| 4. Asiático | 5. Hawaiano/Otra Isla del Pacífico | 6. Indio Americano/ Nativo de Alaska & Blanco |
| 7. Asiático & Blanco | 8. Negro/Afro Americano & Blanco | 9. Indio Americano/ Nativo de Alaska & Negro |
| 10. Otro | | |

Grupo Etnico (Por favor seleccione “si” o “no” para Origen Hispano)

Esto es adicional a la categoría de “Raza” **Hispano: Si No**

Nacido en el extranjero (seleccione uno): Si No

Estado Civil (por favor circule): 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Separado 5. Viudo

Género (por favor circule): Masculino Femenino

Discapacitado? Si No

Es Usted veterano? Si No

Educación (por favor circule uno):

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Debajo de Diploma de Preparatoria | 2. Diploma o equivalente de Preparatoria |
| 3. Dos años de Colegio | 4. Título de Licenciatura |
| 5. Grado de Maestría | 6. Sobre Grado de Maestría |

Relación con el cliente (por favor circule): Esposa Hija Hijo Hermana Hermano
 Novia Novio Madre Padre
 Otro: _____

EMPLEO DEL CLIENTE Ultimos 2 años

Por favor escriba claramente

Empleo Actual:

Nombre del empleador _____

Posición o Título en el empleo _____

____/____/_____
Fecha de contrato

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Zona Postal _____

Teléfono: (____) _____-_____

Medio tiempo o Tiempo completo (Por favor circule)

Ingreso Neto (antes de impuestos): \$ _____

Es esta cantidad pagada __por hora __semanal __cada dos semanas
 __dos veces al mes __mensual?

Empleo Anterior: _____

Título _____

Tiempo que estuvo en ese empleo _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Zona Postal _____

Teléfono: (____) _____-_____

Medio Tiempo o Tiempo Completo (Por favor circule)

Continúe la lista de sus empleos anteriores en una hoja por separado.

Nombre del empleador _____

Posición o Título en el empleo _____

____/____/_____
Fecha de contrato

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Zona Postal _____

Teléfono: (____) _____-_____

Medio tiempo o Tiempo complete (Por favor circule)

Ingreso Neto (antes de impuestos): \$ _____

Es esta cantidad pagada __por hora __semanal __cada dos semanas
 __dos veces al mes __mensual?

EMPLEO DEL CO-CLIENTE — Ultimos 2 años

Por favor escriba claramente

Empleo Actual:

Nombre del empleador _____

Posición o Título en el empleo _____

____/____/_____
Fecha de contrato

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Zona Postal _____

Teléfono: (____) _____-_____

Medio tiempo o Tiempo completo (Por favor circule)

Ingreso Neto (antes de impuestos): \$_____

Es esta cantidad pagada __por hora __semanal __cada dos semanas
 __dos veces al mes __mensual?

Empleo Anterior: _____

Título _____

Tiempo que estuvo en ese empleo _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Zona Postal _____

Teléfono: (____) _____-_____

Medio Tiempo o Tiempo Completo (Por favor circule)

Continúe la lista de sus empleos anteriores en una hoja por separado.

Nombre del empleador _____

Posición o Título en el empleo _____

____/____/_____
Fecha de contrato

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Zona Postal _____

Teléfono: (____) _____-_____

Medio tiempo o Tiempo complete (Por favor circule)

Ingreso Neto (antes de impuestos): \$_____

Es esta cantidad pagada __por hora __semanal __cada dos semanas
 __dos veces al mes __mensual?

CLIENTE

CO-CLIENTE

¿Puede documentar la pensión alimenticia de su hijo? Si No Si No

En caso afirmativo, por cuanto tiempo? _____

Si su hijo o familiar recibe beneficios del SSI, Si No Si No

Por cuantos años mas recibirá pagos? _____

Si recibe ingresos por discapacidad, es por una discapacidad permanente? Si No Si No

Con respecto a otros empleos, ha trabajado en este campo durante dos años o más? Si No Si No

CLIENTE

CO-CLIENTE

Esta actualmente en el Capítulo 13 de Banca Rota? Si No Si No

Cuándo comenzó? _____

Cuándo se pagará? _____

Cuánto es el pago? _____

Ha tenido Capítulo 7 de Banca Rota? Si No Si No

Cuándo se cerró su caso? _____

FONDOS LIQUIDOS/AHORROS/INVERSIONES *Por favor indique el total aproximado de:*

	CLIENTE	CO-CLIENTE
Cuenta de Cheques		
Cuenta de Ahorros		
Efectivo		
CDs		
Valores (acciones, bonos, etc.)		
Cuenta de Jubilación		
Otros fondos liquidos		

¿Está a punto de recibir fondos adicionales (por ejemplo, reembolsos de impuestos, ventas de propiedades, etc.)? (circule) Si No

En caso afirmativo, que cantidad? \$ _____

INFORMACION ADICIONAL / NOTAS:

DEUDAS

Por favor escriba las deudas que tiene, incluyendo tarjetas de crédito, préstamos para automóviles, préstamos estudiantiles y gastos de guardería. NO incluya renta o utilidades.

Pagados a:	Saldo Actual	Pago Mensual	Deuda de? A=Cliente C=Co-Cliente B=los dos
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Si es necesario, por favor use papel adicional.



Política de Privacidad/Divulgacion
”JOSEPH CORPORATION”

“JOSEPH CORPORATION” se compromete a asegurar la privacidad de individuos y familias que nos han contactado para asistencia. Sabemos que todas sus preocupaciones son de naturaleza muy personal. Le aseguramos que toda información compartida tanto por vía oral y por escrito se gestionará dentro de las normas legales y de ética. Su "información no pública personal," como su información total de la deuda, ingresos, gastos e información personal relacionada a su situación financiera, se proporcionará a los acreedores, monitores del programa y otros, sólo con su autorización y firma en el acuerdo de asesoría en mitigación. También podemos utilizar información anónima agregada al expediente con el fin de evaluar nuestros servicios, recaudar información valiosa de investigación y diseñar futuros programas.

Tipo de información que obtendremos de Usted

- Información que recibamos de usted verbalmente, en aplicaciones u otras formas, como su nombre, dirección, número de seguro social, activos e ingresos;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, sus acreedores u otros, tales como su saldo de cuenta, historial de pago, uso de tarjeta de crédito; e
- Información que recibimos de una agencia de reporte de crédito, para revisar su historia e informe de crédito.

Usted puede optar por no aceptar ciertas revelaciones

1. Usted tiene la oportunidad de "no aceptar" divulgar su información personal no pública a terceras partes (por ejemplo, sus acreedores), es decir, nosotros no podremos compartir esa información.
2. Si Usted elije “no aceptar”, no seremos capaces de responder preguntas de sus acreedores. Si en cualquier momento, usted desea cambiar con respecto a su decisión de "no aceptar", puede llamarnos por teléfono y hacer ese cambio.

Publicación de su información a terceras partes

1. A pesar de elegir “no aceptar”, nosotros podemos divulgar alguna o toda la información que recopilamos, como describimos anteriormente, a sus acreedores o terceras partes, donde determinemos que sea necesario para ayudarlo, asesorarlo, o cuando sea requisito para obtener ayuda financiera, que hace posible nuestros servicios.
2. Podemos compilar datos e información que usted nos da, pero esta información no puede divulgarse de manera que le identifique a usted personalmente de ningún modo.
3. También podemos divulgar cualquier información personal no pública sobre usted o ex-clientes como sea permitido por la ley (por ejemplo, si estamos obligados por algún proceso legal).
4. Nosotros restringimos el acceso a información personal no pública sobre usted a aquellos empleados que necesitan conocer dicha información para proporcionarle servicios. Mantenemos los archivos en resguardo físico, electrónico y procesales que cumplen con las regulaciones federales para proteger nuestra información personal no pública.

Firma del Cliente

____/____/_____
Fecha

Firma del Co-Cliente

____/____/_____
Fecha

Seguro de Salud del Cliente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> MEDICAID | <input type="checkbox"/> MEDICARE |
| <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Salud Infantil | <input type="checkbox"/> Servicios de Medicina a Veterano |
| <input type="checkbox"/> Seguro Proporcionado por el Empleador | <input type="checkbox"/> COBRA |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud de Pago Privado | <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para Adultos |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Salud de Indigenos Americanos | <input type="checkbox"/> Otro |

Seguro de Salud Co-Cliente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> MEDICAID | <input type="checkbox"/> MEDICARE |
| <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Salud Infantil | <input type="checkbox"/> Servicios de Medicina a Veterano |
| <input type="checkbox"/> Seguro Proporcionado por el Empleador | <input type="checkbox"/> COBRA |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud de Pago Privado | <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para Adultos |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Salud de Indigenos Americanos | <input type="checkbox"/> Otro |

Dependientes menores de 18 años:

_____ Nombre	_____ Fecha Nacido	_____ Sexo	_____ Número de Seguro Social
_____ Nombre	_____ Fecha Nacido	_____ Sexo	_____ Número de Seguro Social
_____ Nombre	_____ Fecha Nacido	_____ Sexo	_____ Número de Seguro Social
_____ Nombre	_____ Fecha Nacido	_____ Sexo	_____ Número de Seguro Social
_____ Nombre	_____ Fecha Nacido	_____ Sexo	_____ Número de Seguro Social
_____ Nombre	_____ Fecha Nacido	_____ Sexo	_____ Número de Seguro Social
_____ Nombre	_____ Fecha Nacido	_____ Sexo	_____ Número de Seguro Social

LIBERACION DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION

“JOSEPH CORPORATION OF ILLINOIS, INC.” (“JoCo”) periódicamente utiliza los medios tradicionales y electrónicos (por ejemplo, fotografías, vídeo, audio, testimonios) para fines educativos o de publicidad. Con mi firma en este formulario, es de mi conocimiento y doy permiso a “JoCo” y sus agentes para utilizar tales reproducciones de mi persona en cualquier y todas las formas de los medios de comunicación con fines educativos y de publicidad a perpetuidad sin más consideración de mí parte. Entiendo que esta declaración es limitada de los derechos de confidencialidad que pueda tener con la Ley de Privacidad y “JoCo”.

Yo/Nosotros _____ and _____,
por este medio renunciamos a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar las fotografías, material impreso o electrónico que pueda ser usado junto con ellos ahora o en el futuro, si es de mi conocimiento o no, y yo/nosotros renunciamos a cualquier derecho de compensación que proviene o es relacionado con el uso de la fotografía

Yo/nosotros entendemos que tendremos que notificar a “JoCo” de cualquier cambio en nuestra situación que pudiera impactar este permiso de liberación de los medios de comunicación.

Yo/Nosotros hemos leído la declaración anterior de la Liberación de los Medios de Comunicación y estamos de acuerdo de su contenido.

Cliente _____ Fecha ____/____/____

Firma _____

Co-Cliente _____ Fecha ____/____/____

Firma _____

Firma del padre o tutor (si es menor de 18 años) - yo soy el tutor legal del menor arriba mencionado y estoy de acuerdo y obligado de esta liberación.

Firma _____ Fecha ____/____/____