

## PROGRAMA DE PROPIEDAD DE VIVIENDA DE PARKWAY II- MARSHALL

Este programa ofrece viviendas asequibles de calidad para compradores de vivienda elegibles por ingresos.

### Sobre los hogares:

- De dos niveles
- 4 Recamaras y 2 Baños
- 2 puestos de garaje adjuntos
- Precio de Venta: 195,000

### Eligibilidad:

Los solicitantes que califiquen deben cumplir con las pautas de ingresos basadas en el 115% del ingreso medio del área: \$ 92,500 es el ingreso bruto anual máximo del hogar. Los solicitantes también deben completar el curso de Educación para Compradores de Vivienda, Home Stretch o Framework.

### Financiación:

Los solicitantes deben asegurar su propio financiamiento. Como parte de la solicitud, los compradores potenciales deben proporcionar una carta de aprobación de préstamo actual de su prestamista. Tenga en cuenta que UCAP no tiene fondos para pagar los costos de cierre del comprador.

Si necesita asistencia adicional con el pago inicial, UCAP tiene fondos disponibles en la forma de un préstamo con interés diferido del 0% de parte de la Agencia de Financiamiento de Viviendas de Minnesota. Esto puede usarse junto con cualquier desarrollo rural del USDA o productos de préstamos convencionales. Los hogares interesados en esta asistencia para el pago inicial deben gastar al menos el 25% de su ingreso mensual bruto en el pago de su vivienda (incluidos el capital, los intereses, los impuestos y el seguro).

### Próximos Pasos:

- Pre-aprobación del prestamista.
- Complete la solicitud y devuelva toda la documentación relevante requerida.
- Todas las solicitudes recibidas serán evaluadas.
- La selección de comprador de vivienda ocurrirá en UCAP cuando se reciban solicitudes elegibles.



## PARKWAY II – APLICACIÓN PARA COMPRADORES DE CASA

### INFORMACIÓN DEL HOGAR

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Separado(a)

Nombre del Co-Solicitante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Separado(a)

|                          |      |                          |      |
|--------------------------|------|--------------------------|------|
| Otros Miembros del Hogar | Edad | Otros Miembros del Hogar | Edad |
|--------------------------|------|--------------------------|------|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfonos(s): \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

La siguiente información se solicita únicamente con el propósito de determinar el cumplimiento con las Leyes Federales de Derechos Civiles. Su respuesta no afectará la consideración de su solicitud.

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Single Male Head of Household   |
| <input type="checkbox"/> Femenino  | <input type="checkbox"/> Indio Americano     | <input type="checkbox"/> Single Female Head of Household |
|                                    | <input type="checkbox"/> Asiático            |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico  |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> Hispano             |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> Caucásico           |  |

Números de personas Empleados \_\_\_\_\_

Eres tú, o algún miembros de su familia, discapacitados o persona de la tercera edad? Si\* o No  
Si respondió (SI) pongale un circulo a la que le corresponde: discapacitado Persona de 3ra edad ambos

### INFORMACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA

Dirección Actual: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Apartado Postal

# Actual de Recamaras \_\_\_\_\_

# Actual de Baños: \_\_\_\_\_

Su residencia actual es accesible para discapacitados? Si o No

## INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Tiene usted el financiamiento para la compra de su casa?  
(Se deberá proporcionar una carta de aprobación previa)

SI o No

Necesitará asistencia adicional para el pago inicial en forma de un préstamo diferido de UCAP? Si o No

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

**Empleadores Corrientes** (Nombre y direcciones COMPLETAS)

### SOLICITANTE

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Duración del Empleo \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleado: \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Empleado: \_\_\_\_\_ Salario por hora \_\_\_\_\_ Horas/Semana \_\_\_\_\_

### CO-SOLICITANTE

Employer Name: \_\_\_\_\_ Duración del Empleo \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleado: \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Empleado: \_\_\_\_\_ Salario por hora \_\_\_\_\_ Horas/Semana \_\_\_\_\_

### OTRAS FUENTES DE INGRESOS - Documentación adicional puede ser solicitada

Nombre y Dirección de la fuente (Ejemplo: Manutención de los hijos, SSI, Social Security etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Cantidad recibida por mes:  
\$ \_\_\_\_\_

### OTRAS FUENTES DE INGRESOS -Continuado

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Cantidad recibida por mes:  
\$ \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE CRÉDITO- Esta sección solo debe completarse si está solicitando asistencia para el pago inicial. Se extraerá un informe de crédito y el costo será de \$ 10.00 por persona.**

¿Hay juicios pendientes o gravámenes contra usted? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

¿Has tenido alguna ejecución hipotecaria sobre la propiedad? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Eres un co-creador o endosador de una nota? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Se han declarado en bancarrota en los últimos 36 meses o 7 años? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Explicar la respuesta(s) "sí" y proporcionar información (adjuntar páginas adicionales si es necesario): \_\_\_\_\_

**CO-SOLICITANTE**

¿Hay juicios pendientes o embargos contra usted? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

¿Has tenido alguna ejecución hipotecaria sobre la propiedad? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Eres un co-creador o endosador de una nota? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Se han declarado en bancarrota en los últimos 36 meses o 7 años? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Explicar la respuesta(s) "sí" y proporcionar información (adjuntar páginas adicionales si es necesario) \_\_\_\_\_

**Préstamo pendiente(s):**

| Con quién está endeudo(a) | Fecha incurrida | Cantidad original | Saldo actual | Cantidad mensual |
|---------------------------|-----------------|-------------------|--------------|------------------|
|                           |                 |                   |              |                  |
|                           |                 |                   |              |                  |
|                           |                 |                   |              |                  |

**A mi mejor saber y entender, la información facilitada en esta solicitud es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-Solicitante Fecha

**INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INGRESO - BANCO**

**Office Locations**

**MARSHALL CORPORATE**  
1400 S. Saratoga  
Marshall, MN 56258  
507-537-1416  
507-537-1849 Fax  
Community Transit  
507-537-7628  
507-401-3273 Fax

**WILLMAR**  
200 S.W. 4th Street  
PO Box 1359  
Willmar, MN 56201  
320-235-0850  
320-235-7703 Fax

**COSMOS**  
101 Vesta Street South  
PO Box 36  
Cosmos, MN 56228  
320-235-0850  
320-877-7483 Fax

**HUTCHINSON**  
218 Main Street South  
Hutchinson, MN 55350  
320-587-5244  
320-587-2677 Fax

**JACKSON**  
115 South Highway  
Jackson, MN 56143  
507-847-2632  
507-847-4131 Fax

**LITCHFIELD**  
120 N. Sibley Avenue  
Litchfield, MN 55355  
320-693-7911  
320-693-8053 Fax

**OLIVIA**  
500 East DePue Avenue  
Olivia, MN 56277  
320-523-1842  
320-523-5270 Fax

**REDWOOD FALLS**  
164 East 2nd Street  
PO Box 172  
Redwood Falls, MN 56283  
507-637-2187  
507-537-1849 Fax

**MINNESOTA RELAY**  
1-800-627-3529

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL BANCO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEL Y FAX: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#SS: \_\_\_\_\_

AGENTE DE PRESTAMO BANCARIO: \_\_\_\_\_

Por la presente, le autorizo y le pido que me proporcione la siguiente información que es necesaria para determinar la elegibilidad para el Programa de Propiedad de Vivienda de United Community Action Partnership.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

La sección debajo de esta línea es para ser completados por el personal de la Institución Financiera

A QUIEN LE CONRESPONDA:

Estamos obligados a verificar los ingresos de los solicitantes de nuestro Programa de propiedad de vivienda para determinar la elegibilidad del programa. Solicitamos su ayuda para proporcionar la siguiente información proporcionada por el comprador de la vivienda.

- Copias de los impuestos federales sobre la renta utilizados para determinar la elegibilidad del préstamo
- Copias de comprobantes de pago recientes utilizados para determinar la elegibilidad del préstamo
- Cualquier información adicional de ingresos proporcionada por el comprador de la vivienda

Esta información puede ser mandada por fax 320-235-7703 Attn: Tiffany Kibwota

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PERSONA QUE COMPLETA FORMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TITULO

*Office Locations*

**MARSHALL CORPORATE**

1400 S. Saratoga  
Marshall, MN 56258  
507-537-1416  
507-537-1849 Fax  
Community Transit  
507-537-7628  
507-401-3273 Fax

**WILLMAR**

200 S.W. 4th Street  
PO Box 1359  
Willmar, MN 56201  
320-235-0850  
320-235-7703 Fax

**COSMOS**

101 Vesta Street South  
PO Box 36  
Cosmos, MN 56228  
320-235-0850  
320-877-7483 Fax

**HUTCHINSON**

218 Main Street South  
Hutchinson, MN 55350  
320-587-5244  
320-587-2677 Fax

**JACKSON**

115 South Highway  
Jackson, MN 56143  
507-847-2632  
507-847-4131 Fax

**LITCHFIELD**

120 N. Sibley Avenue  
Litchfield, MN 55355  
320-693-7911  
320-693-8053 Fax

**OLIVIA**

500 East DePue Avenue  
Olivia, MN 56277  
320-523-1842  
320-523-5270 Fax

**REDWOOD FALLS**

164 East 2nd Street  
PO Box 172  
Redwood Falls, MN 56283  
507-637-2187  
507-537-1849 Fax

**MINNESOTA RELAY**

1-800-627-3529

## **Información de Clases de Homestretch o Framework**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Usted ha asistido a algunas de las clases previamente, cuando? \_\_\_\_\_

¿En qué lugar asistió a la clase? \_\_\_\_\_

Si usted no ha asistido a Homestretch o Framework, para cual clase se ha registrado? \_\_\_\_\_

¿Con quién programastes tu clase? \_\_\_\_\_