



Nombre: _____

<i>Counseling Quality Control</i>	
Client #	_____
Case #	_____
HUD #	_____

: 7/FIN

Solicitud de Consejería para Clientes con atraso de pagos en su Hipoteca

CLIENT NON-COMMITMENT form for HOME BUYER EDUCATION and COUNSELING SERVICES. YOU DO NOT HAVE TO USE OTHER SERVICES PROVIDED BY COMMUNITY SERVICES OF NEVADA (CSNV), ITS PARTNERS, OR BUSINESSES ASSOCIATED WITH CSNV TO RECEIVE HOUSING COUNSELING SERVICES OR HOMEBUYER EDUCATION SERVICES.



Forma de Organizaciones sin fines de lucro

1. Si usted ha estado trabajando con alguna de las siguientes organizaciones no lucrativas en los últimos 18 meses. Favor de continuar con la agencia que está llevando su trámite al momento. Si usted no tiene ningún trámite con alguna de estas agencias no lucrativas, proceda a completar la aplicación de CSNV.

En los últimos 18 meses no he estado trabajando con ninguna de las agencias en la lista.

- Representación Legal de un abogado
- FGC – Financial Guidance Center
- Home Ownership Preservation Foundation (HOPE)
- Home Today
- Nevada Legal Aid Center
- Housing Authority
- HUD – Department of Housing and Urban Development
- Neighborhood Assistance Cor. (NACA)
- Nevada Legal Services (NLS)
- Neighborhood Housing Services (NHSSN)
- Nova debt
- Springboard
- Nevada Fair Housing Services (NFN)
- CPLC – Chicanos por la Causa
- Women’s Development Center (WDC)
- Other _____

2. **Nota:** Si en algún momento el cliente llegara a ser irrespetuoso, la consejería será terminada.

Solicitante Primario/Firma: _____

Fecha: _____



Nombre de Solicitante: _____
 _____ Primero Segundo Apellido
 Domicilio: _____
 _____ Calle Ciudad Estado Código Postal
 Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
 Teléfono de Casa: (____) ____-____ Teléfono de Trabajo: (____) ____-____ Teléfono celular: (____) ____-____
 Correo electrónico: _____

THIRD PARTY AUTHORIZATION

In the event that I continue to work with CSNV for housing counseling services

I/We, _____ Authorize CSNV to:

- (a) Pull my/our credit report to review my/our credit file for housing counseling in connection with my pursuit on a loan to purchase a property and pre-purchase assessment. I also understand that all information provided will be kept confidential,
- (b) Obtain a copy of the Loan Estimate, Closing Disclosure, Appraisal, Real Estate Contract, note(s), and all other documents pertaining to the real estate transaction from the lender, realtor, title company, and all other parties involved in the transaction.

I/We understand that any intentional or negligent representation(s) of the information contained on this form may result in civil liability and/or criminal liability under the provisions of Title 18, United States Code, Section 1001.

NOTE FOR CREDIT REPORT

This disclosure packet is the property of Community Services of Nevada and under no circumstances may be reproduced or published by the recipient or any other third party for any reason including but not limited to cash transaction for any services rendered or any other purpose. In addition, Community Services of Nevada and its board of directors will be held harmless from any and all claims, actions, damages, liabilities, losses and expenses, including but not limited to reasonable attorney's fees, resulting from third party's violation of this disclaimer.

1. I/We understand that CSNV provides financial capability counseling/coaching after which I/We will receive a written action plan consisting of recommendations for handling my finances, possibly including referrals to other agencies as appropriate.
2. I understand that CSNV submits client-level information relating to the Project Reinvest Financial Capability grant to the NeighborWorks America Data Collection System (DCS), opens files to be reviewed for program monitoring.
3. and compliance purposes, and follow-up with clients related to program evaluations.
4. I understand that I may opt-out of this requirement, but proof of this opt-out must be recorded in my client file.
5. I give permission for Project Reinvest Financial Capabilities program administrators and/or their agents to follow-up with me within the next three years for the purposes of program evaluation.
6. I acknowledge that I have received a copy of CSNV's Privacy Policy.
7. I may be referred to other services of the organization, another agency or agencies as appropriate that may be able to assist with particular concerns that have been identified. I understand that I am not obligated to use any of the services offered to me.
8. A counselor may answer questions and provide information, but no give legal advice. If I want legal advice, I will be referred for appropriate assistance.

Solicitante Primario/Firma: _____ **Fecha:** _____

Solicitante Secundario/Firma: _____ **Fecha:** _____

Counselor Initials

* The Counselor will explain this section if it is requested by the homeowner *
 * El Consejero explicará esta sección si es requerido por el propietario de casa *

¿Quién lo refirió a nuestra organización? (Seleccione una opción)

- Evento -Redes sociales -CSNV sitio de web -Funcionario electo
- Medios de comunicación -Miembro de la mesa directiva -Amigo/a -Ministro de justicia
- Prestamista -Programa *Home Again* -Agencia no lucrativa: _____
- Agente de Bienes y Raíces: _____ -Otro: _____

Número total de solicitantes: _____

Información demográfica (seleccione una opción)

- Género:** -Masculino -Femenino
- Raza:** -Blanco _____ -Afro-American _____ -Nativo Americano/ Nativo de Alaska _____
- Asiático/Islas del Pacifico _____ -Otro _____
- Grupo Etnico** -Hispano/Latino _____

Idioma Principal: -Inglés -Español -Otro: _____

Educación: -No graduado de preparatoria -Diploma de Preparatoria o Equivalente -Dos años de Colegio

 -Titulo universitario -Maestria - Alto nivel académico -Fuera del pais.

Servicio Militar: -Veterano -Militar -N/A

Estadística Familiar (seleccione una opción)

Estado Marital: -Soltero/a -Casado/a -Ley común -Separado/a legalmente -Divorciado/a -Viudo /a

Tipo de Familia: -Soltero -Soltero/a con hijos -Casada/o sin hijos -2+adultos -Otro _____

Tamaño de familia: _____ **Lista de personas mayores de 18 años** _____

Liste los dependientes que aparecen en su declaracion de impuestos:

Edad	Relación

Empleo Por favor escriba claramente. Incluya empleo del solicitante por los últimos 2 años.

¿Está usted empleado? No _____ Sí _____ **Trabajo actual:** _____

Fecha de inicio: _____ Título: _____

Ingreso Mensual (*antes de impuestos*): \$ _____ Pago por hora: \$ _____ (*seleccione una opción*) - Tiempo Completo -Medio Tiempo

Este monto es pagado: -Semana -Quincenal -Cada dos semanas -Mensual

Trabajo Secundario o Medio Tiempo: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha terminación: _____ Título: _____

Ingreso Mensual (*antes de impuestos*): \$ _____ Pago por hora: \$ _____ (*seleccione una opción*) - Tiempo Completo -Medio Tiempo

Este monto es pagado: -Semana -Quincenal -Cada dos semanas -Mensual

Sección B Solicitante Secundario

Nombre de Solicitante: _____

Primero

Segundo

Apellido

Domicilio: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Número de Casa: (____) ____ - _____ Número de Trabajo: (____) ____ - _____ Número celular: (____) ____ - _____

Correo electrónico: _____

Información demográfica (*seleccione una opción*)

Género: -Masculino -Femenino

Raza: -Blanco _____ -Afro-American _____ -Nativo Americano/ Nativo de Alaska _____

-Asiático/Islands del Pacifico _____ -Otro _____

Grupo Etnico -Hispano/Latino _____

Idioma Principal: -Inglés -Español -Otro: _____

Educación: -No graduado de preparatoria -Diploma de Preparatoria o Equivalente -Dos años de Colegio

-Titulo universitario -Maestria - Alto nivel académico -Fuera del país.

Servicio Militar: -Veterano -Militar -N/A

Estadística Familiar (*seleccione una opción*)

Estado Marital: -Soltero/a -Casado/a -Ley común -Separado/a legalmente -Divorciado/a -Viudo/a

Tipo de Familia: -Soltero -Soltero/a con hijos -Casada/o sin hijos -2+adultos -Otro _____

Tamaño de familia: _____ **Lista de personas mayores de 18 años** _____

Empleo Por favor escriba claramente. Incluya empleo del solicitante por los últimos 2 años.

¿Está usted empleado? No _____ Sí _____ **Trabajo actual:** _____

Fecha de inicio: _____ Título: _____

Ingreso Mensual (*antes de impuestos*): \$ _____ Pago por hora: \$ _____ (*seleccione una opción*) -Tiempo Completo -Medio Tiempo

Este monto es pagado: -Semana -Quincenal -Cada dos semanas -Mensual

Trabajo secundario o de Medio Tiempo: _____

Fecha de inicio: _____ Título: _____

Pago por hora: \$ _____ (*seleccione una opción*) - Tiempo Completo -Medio Tiempo

Ingreso Mensual (*antes de impuestos*): \$ _____

Este monto es pagado: -Semana -Quincenal -Cada dos semanas -Mensual

Sección C: Ingreso adicional mensual		
	Solicitante Primario	Solicitante Secundario
Pensión Alimenticia/Ingreso de Separación/Divorcio		
Ingreso de propiedades en Renta		
Beneficio de Seguro social/ Ingreso de Seguro Social de dependiente		
Ingreso Pensión		
Asistencia Pública		
Ingreso de negocio personal		
Ingreso de incapacidad		
Beneficios desempleo		
Otros		

Sección D: Información de su Préstamo Hipotecario (seleccione una opción)

1. ¿Es esta su residencia principal?..... Sí o No
2. ¿Cuántas Hipotecas tiene la propiedad? _____
3. ¿Está atrasado en sus pagos Hipotecarios?..... Sí o No
4. ¿Cuál es la razón por la cual no puede hacer sus pagos de hipoteca mensuales?
-Reducción de ingreso -Presupuesto Bajo -Perdida de Ingreso -Problemas de salud -Aumento en gastos
-Divorcio/Separación -Deceso en la familia -Perdida de negocio -Aumento en pago de deudas
-Otra razón (favor explique): _____
5. Nombre de su Banco Hipotecario: _____
6. Número de Préstamo: _____
7. Balance actual del principal: _____
8. Tipo de préstamo: -FHA -VA -CONVENCIONAL -Préstamo solo interés -No se
9. Tipo de Interés: -Fijo -Ajustable
10. Interés mensual: _____
11. Monto del pago Mensual: \$ _____
12. Número de pagos atrasados: _____
13. Total del monto atrasado: \$ _____
14. Fecha del último pago enviado y aceptado: _____
15. Ha recibido usted una modificación?: _____
16. En qué fecha compró la propiedad?: _____
17. Ha refinanciado usted la propiedad? _____
18. ¿Están incluidos en su pago mensual los impuestos sobre la propiedad y el seguro de propietario?..... Sí o No
 ¿Si no? ¿Están los impuestos sobre la propiedad al corriente?..... Sí o No
19. ¿Está el seguro sobre la propiedad al corriente?..... Sí o No

Segunda Hipoteca: _____ Hipoteca #: _____
Monte del pago mensual: _____ Número de pagos atrasados: _____
Balance actual del principal: _____ Fecha del último pago enviado y aceptado: _____

Nombre de la Asociación de Propietarios: _____ Número de cuenta: _____
Monto del pago mensual _____ Número de pagos atrasados: _____
Dirección: _____

Por favor escriba una breve descripción de su situación o cualquier información que pueda ayudar a entender mejor su situación. Por favor escriba claramente.

Monthly Spending Plan Worksheet

Fixed Expenses	Budget Amount	Counselor Verification
Auto Insurance		
Auto Loan payment		
Auto Registration/Main annual: \$ _____ /12=		
Gasoline		
Child support/Alimony		
Credit Card combined min payment		
IRS or other taxes		
Tuition/Books/School Supplies		
Entertainment		
Dinning/Eating out		
Food/Groceries		
1 st mortgage		
2 nd mortgage		
Other mortgages		
HOA		
Home equity line		
Homeowners/Renters Insurance		
Property Tax (if not included in mortgage payment)		
Lawn Care		
Rent		
Payday loan payment		
Personal loan payment		
Student loan payment		
Health care/dental/vision		
Accident and disability		
Health insurance		
Life insurance		
Medical		
Dentist		
Doctor visit/Co-pay		
Vision/Glasses/Contacts		
Medical Bills		
Medications		
Other descriptions		
Contribution		

Fixed Expenses (cont.)	Budget Amount	Counselor Verification
College Fund		
Sewer \$_____ / _____ months =		
Internet		
Cable tv		
Cell phone		
Electricity average payment		
Trash services \$_____ / _____ months=		
Heating		
Water/Sewer \$_____ / _____ months=		
Church Donations		
Other Gift/Donations/birthdate		
Alcoholic Beverages		
Allowance for children		
Barber/Beauty shop		
Child care		
Tobacco		
Clothing		
Gym membership		
Personal items/toiletries		
Laundry/Cleaning		
Repairs/maintenance		
Movie Rental/Netflix/Hulu		
Union Dues		
Pest control		
Security System		
Vacations		
Other		
Pet Expenses		

Applicant Signature: _____ **Date:** _____