

Información Personal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Domiciliaria (número y nombre de calle)		Teléfono de Trabajo:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Apartamento	Ciudad	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal	Teléfono de Casa:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección para Recibir Correo: (si es diferente a la anterior)		Teléfono de Celular:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Apartamento	Ciudad	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal	Primer Idioma:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Seguro Social/I-TIN:	Fecha de Nacimiento:	Si no es Ingles, ¿Es el idioma ingles usado en su hogar?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Correo Electrónico:

ESCOJA UNO:

Género del Participante: Masculino Femenino

Estado Civil:	Nivel de Educacion:	Origen del Aplicante:
<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Grado: ____	<input type="checkbox"/> Afro Americano
<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria/GED	<input type="checkbox"/> Caucásico
<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Latino o Hispano
<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Educación Vocacional	<input type="checkbox"/> Nativo Americano
<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> AA-2Años de Universidad	<input type="checkbox"/> Asiático Americano
<input type="checkbox"/> Nunca ha sido casado	<input type="checkbox"/> 4-Años de Universidad	<input type="checkbox"/> Islas del Pacifico
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Es usted padre o madre soltero/a?

- Si
 No

¿Ha sido evacuado de un huracán?

- Si
 No

Si Contesto SI, por favor indique:

- Rita
 Katrina
 Ike

Por favor incluya todas las personas que viven con usted:

Nombre Completo:	Edad:	Parentesco:
Comparte Vivienda	Roommate/s:	

¿Cuántos adultos actualmente forman parte (mayores de 18 años) de su familia (incluyéndose usted)?

¿Cuántos menores de edad en su familia? (menores de 18 años)

¿Quién lo referido al programa?

¿Antes de aplicar para el Programa de Ahorros Inteligentes de Covenant IDA usted conocía de nuestro programa? Si No

¿Aproximadamente en qué tiempo cree usted logrará su meta?
 6 meses 2 meses 4 meses 36 meses Otro: _____

¿Usted o alguna persona de su familia tuvo o ha tenido una cuenta de IDA? Si No

Si contesto "SI" ¿Con quién? Covenant Alliance Gulf Beaumont Other: _____

Fecha de Hoy: ____/____/2010
(mes/día/año)

Instrucciones:

Conteste todas las preguntas en su totalidad y correctamente. Indique con N/A si algo no le corresponde o le aplica y si la respuesta es ninguno, escriba "ninguno"

Envíe su aplicación:

Por Correo a: Covenant IDA
c/o Enrollment Counselor
P.O. Box 15398, Houston, TX 77220

Por Fax al: (713) 223.1853

En Persona: 3300 Lyons Ave, St. 203, Houston, TX 77020

Para hacer una cita llamar al:
(713) 223.1864 ext. 10

Si su aplicación es aprobada será contactado telefónicamente para establecer una cita:

Al acudir a esta cita usted deberá de traer \$25 como cobro único pagadero a Covenant y su primer deposito.

NOTA: Aplicaciones Incompletas pueden alargar el tiempo que toma procesar su aplicación.

www.covenantcapital.org

"Roommate" es una persona con la cual usted comparte una vivienda pero mantienen los costos de vivienda y otros gastos totalmente separados.

Información de Trabajo: Por favor indique el tipo de trabajo que usted tiene

Marque una opción:

- Empleado más de tiempo completo (40+)
- Empleado a tiempo completo (35-40 horas)
- Empleado medio tiempo (menos de 35 horas)
- Trabajando y atendiendo a la escuela
- Actualmente buscando trabajo
- Trabajando por cuenta propia (self-employed)
- Atendiendo a la escuela y entrenando para su patrocinador
- Despedido (Laid off), esperando a ser llamado/a
- Ama/o de casa, no busca trabajo
- Deshabilitado, no busca trabajo
- Retirado, no busca trabajo

Nota: Cada empleador está cubierto por el acta sobre valores de justicia laboral "Fair Labor Standards Act (FLSA)" la cual requiere que se mantenga información específica sobre cada empleado protegido por esta ley. No hay una forma específica para mantener esta información, pero esta deberá de incluir información correcta del empleado tal como: horas trabajadas y de la cantidad ganada. (diariamente - anualmente)

Si usted es su propio empleador (self-employed) y hace su reporte al IRS como negocio, por favor adjunte el último recibo de una transacción mercantil de su negocio.

Nombre de su Empleador:

Número de Teléfono:

Dirección de su Empleador:

Ciudad:

Estado

Código Postal

¿Cómo le paga su empleador?

Empleado desde: (mes/ día/ año)

Semanal: \$ _____

Mensual: \$ _____

Cada dos semanas: \$ _____

Dos veces por mes: \$ _____

* Cantidad aproximada de horas:

¿Tiene usted un Segundo Trabajo?

Si

No

Dirección de su Empleador:

Número de Teléfono:

Ciudad:

Estado: Código Postal:

Empleado desde: (mes/ día/ año)

Información de Trabajo de su Esposo/Pareja:

Nombre del Empleador:

Número de Teléfono:

Dirección del Empleador:

Empleado desde:

Ciudad:

Estado: Código Postal:

¿Cómo le paga su empleador?

Semanal; \$ _____

Cada dos semanas: \$ _____

Dos veces por mes: \$ _____

Mensualmente: \$ _____

*Cantidad aproximada de horas:

¿Cómo le paga su empleador?

Semanal; \$ _____

Cada dos semanas: \$ _____

Dos veces por mes: \$ _____

Mensualmente: \$ _____

*Average number of hours worked:

¿Ha visto usted su Puntaje de Crédito Recientemente? Si No

Información sobre su familia:

Si	No	Propiedades & Responsabilidades:	Valor:	Préstamo o Valor Total Restante por Pagar:
		¿Tiene usted una cuenta de ahorros?	Balance en Cuenta: \$	
		¿Tiene usted una cuenta de cheques?	Balance en Cuenta: \$	
		¿Es usted dueño de su vivienda?	Valor de su vivienda \$	
		¿Es usted dueño de un vehículo/s?	Valor de su vehículo/s: 1. _____ 2. _____ \$	
		¿Debe Usted dinero a amigos/familiares?	Cantidad adeudada: \$	
		¿Tiene usted cuentas de servicios atrasadas?	Cantidad adeudada: \$	
		¿Tiene usted deudas de tarjetas de crédito?	\$	
		¿Tiene usted préstamo/s de estudiante?	\$	
		¿Tiene usted deudas médicas por pagar?	\$	
		¿Le gustaría hacer sus depósitos a la cuenta de IDA a través de depósito directo?		

Información sobre su familia:

Si	No	Otros Datos Financieros;	Cantidad:
		¿Ha recibido usted alguna vez TANF o AFDC?	
		¿Actualmente recibe usted TANF?	\$
		¿Recibe usted SSI o SSDI?	\$
		¿Recibe actualmente estampillas de comida?	\$
		¿Recibe usted pago por manutención de un menor?	\$
		¿Recibe usted pagos por desempleo?	\$
		¿Recibe usted pagos por pensión o retiro?	\$
		¿Recibe usted pagos de "alimony"?	\$
		¿Recibe usted "Section 8/Housing Choice Voucher"?	\$
		¿Recibe usted otro ingreso no ganado?	\$
		¿Recibe usted EITC?	
		¿Tiene usted seguro de salud?	
		¿Tiene usted seguro de vida?	

TANF: Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (Temporary Assistance for Needy Families)

AFDC: Asistencia para Familias con Niños Menores (Aid to Families with Dependent Children)

SSI: Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income)

SSDI: Seguro para Deshabilitadas (Social Security Disability Insurance)

EITC: Crédito sobre el Ingreso Ganado (Earned Income Tax Credit) - Dinero reembolsado por el IRS al hacer sus impuestos a través de un crédito a sus impuestos el cual es proporcionados a familias que tiene un dependiente que califica

Gastos: (aproximadamente por mes)

Alimentos: (sin contar las estampillas de comida)	\$	
Hipoteca / Renta:	\$	
Servicios públicos: (gas, electricidad, cable, etc.):	\$	
Teléfono – local y larga distancia:	\$	
Seguros de: (vida, salud, etc.):	\$	
Gastos médicos:	\$	
Guardería/cuidado de un menor:	\$	
"Alimony"/ manutención de un menor (pagado por usted):	\$	
Arreglo personal:	\$	
Gasolina:	\$	
Otros gastos mensuales no incluidos:	\$	Tarjeta de Crédito
Otros gastos mensuales no incluidos:	\$	Balance Pago-Total
Tarjeta de Crédito #1	\$	\$
Tarjeta de Crédito #2	\$	\$
Tarjeta de Crédito #3	\$	\$

Para Uso de Oficina:

G:	_____
N:	_____

	+ -
Total A:	_____
Total L:	_____
Net Worth:	_____

Cantidad

Ingreso BRUTO mensual:	_____
<small>(antes de deducción de impuestos)</small>	
Ingreso NETO mensual:	_____
<small>(cantidad que lleva a casa)</small>	
Total de gastos mensuales:	_____
Efectivo mensual:	_____

Contacto en Caso de Emergencia Información:

1. Nombre de Contacto:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Número Telefónico:

Correo Electrónico:

2. Nombre de Contacto:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Número Telefónico:

Correo Electrónico:

Acuerdos

Autorización para Sacar Reporte de Crédito:

ACTA DE REPORTE EQUITATIVO DE CREDITO (Fair Credit Report Act.) – Al firmar a continuación, Yo entiendo, autorizo, y apruebo la petición del reporte de mi crédito y de copias que proporcionan información detallada sobre transacciones de mi crédito y el valor de mi crédito. Yo también autorizo a cualquier negocio u organización que de un informe completo sobre mis cuentas de crédito. Esta autorización cubre el periodo en el que este enrolado y participando en los programas para acumular bienes con Covenant y medición de los resultados en el periodo posterior a 90 días del 20th aniversario del último depósito o compra del bien. Esta información se me es presentada de acuerdo al Acta de Reporte Equitativo de Crédito. (Fair Credit Report Act.)

Firma del Participante

Nombre del Participante

Fecha (mes/día/año)

Acuerdo para Evaluación del Programa

Al firmar a continuación, Yo estoy de acuerdo en llenar cuestionarios sobre estadísticas y “surveys”, por escrito y verbales, para ayudar a Covenant a evaluar la efectividad de su programa durante el término de mi participación y con cinco años de intervalo después de mi último depósito o compra de mi bien. Estas medidas típicamente incluyen información acerca de los logros académicos, estado ocupacional, ingresos, valor neto, crédito, propiedades, riesgos, y participación cívica.

Firma del Participante

Nombre del Participante

Fecha (mes/día/año)

Certificación del Participante

Al firmar a continuación, Yo certifico que toda la información proporcionada en esta aplicación es correcta y verdadera y que la he completado de acuerdo a mi conocimiento.

Firma del Participante

Nombre del Participante

Fecha (mes/día/año)

Antes de Enviar su Aplicación para Covenant IDA

Lista de documentos que usted deberá de incluir con su aplicación completa:

- Identificación gubernamental vigente con su nombre y foto (de su país de origen o de U.S.A.)
- Número de Seguro Social o de I-TIN (para hacer los impuestos proporcionado por el IRS)
- Cheques de pagos más recientes (un mes) de todas la personas que trabajan en su hogar
- Verificación de lugar de residencia (recibo de luz, agua, teléfono, etc.)
- Impuesto a la Renta del 2009 (TAX) de todas la personas que trabajan en su hogar

Por favor asegúrese de completar todas las preguntas de la aplicación, asegúrese de no dejar espacios en blanco, use N/A, si una pregunta no le aplica a usted o a su familia. Firme, ponga su nombre en imprenta, y el día en el lugar indicado.