

Solicitud para  
**PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA EN CASO DE EMBARGO  
 HIPOTECARIO**

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA  
 LA APROBACIÓN Y LA ASISTENCIA SE  
 BASA EN LA ELEGIBILIDAD Y  
 DISPONIBILIDAD DE FONDOS.**

Por favor responda todas las preguntas. El no hacerlo puede resultar en asistencia retrasada.  
 \*Usted debe vivir en la ciudad Y el condado de Denver para calificar para este programa.

\*Por favor tenga en cuenta los siguientes límites máximos de ingresos brutos para este programa. El ingreso bruto se determina en base a la información y documentación proporcionada.

Límites de ingresos para 2023 por tamaño de hogar

1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas
\$66,300	\$75,750	\$85,200	\$94,650	\$102,250	\$109,800

**INFORMACIÓN DEL APLICANTE**

Nombre (primero, Segundo, Apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del co-solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de envío \_\_\_\_\_  Lo mismo que arriba

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido # \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo # \_\_\_\_\_

Método preferido de comunicación: \_\_\_\_\_ Idioma primario: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL HOGAR**

Situación laboral actual (en el momento de la solicitud):

Tiempo completo  Medio tiempo  Desempleado (¿Desde qué fecha? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_)  Jubilado  Otro

Enumere **TODOS** los miembros de su hogar e incluya el ingreso bruto mensual (antes de impuestos) para los mayores de 18 años. Si vive en una situación de compañero de cuarto y solo solicita su parte del alquiler, solo incluya información sobre sus ingresos y bienes.

NOMBRE	RELACION	EDAD	INGRESO MENSUAL	FUENTE DE INGRESO
1	YO MISMO		\$	
2			\$	
3			\$	
4			\$	
5			\$	
6			\$	
<b>Ingreso mensual TOTAL antes de impuestos</b>			\$	

**Enumere los activos que generan ingresos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años que solicitan asistencia. (Esto es efectivo/no efectivo que se puede convertir en efectivo.)**

ACTIVOS	SOLICITANTE	CO-SOLICITANTE	Miembro adulto #3	Miembro adulto #4	Miembro adulto #5
Cheques					
Ahorros					
Dinero en efectivo					
CD/IRA/401K/Mercado de dinero					
Otros activos					

### INFORMACIÓN DE VIVIENDA

¿En qué tipo de vivienda vive usted?  Casa  Apartamento  Casa móvil  Casa adosada  Dúplex  
 ¿Es esta casa su residencia principal?  Sí  No

### INFORMACIÓN DEL PRESTAMISTA/MANTENEDOR/HOA

¿Qué tipo de asistencia financiera está buscando usted?

Asistencia Hipotecaria  Asistencia para tarifas/multas de HOA  Ambos

#### SOLO PARA ASISTENCIA HIPOTECARIA:

Prestamista/Administrador de préstamos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de préstamo: \_\_\_\_\_

Monto mensual de capital e interés \$ \_\_\_\_\_

Pago de depósito en garantía mensual \$ \_\_\_\_\_

**PAGO TOTAL MENSUAL DE HIPOTECA:** \$ \_\_\_\_\_

**¿Qué mes(es) debe usted?** \_\_\_\_\_

**MONTO TOTAL QUE DEBE:** \$ \_\_\_\_\_

**SOLO PARA ASISTENCIA CON TARIFAS/MULTAS DE LA HOA:**

Nombre/Título de la HOA: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/código postal: \_\_\_\_\_

Punto de contacto de la HOA: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de tarifas/multas de HOA debe usted?

Cuotas/tasaciones mensuales de la HOA

• Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

• ¿Qué mes(es) debe usted? \_\_\_\_\_

Evaluaciones especiales

• Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Multas y otros cargos

• Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Honorarios de abogados

• Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

**MONTO TOTAL QUE DEBE: \$ \_\_\_\_\_**

**DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS**

La duplicación de beneficios está prohibida. Una duplicación de beneficios ocurre cuando un hogar recibe asistencia de múltiples fuentes para el mismo propósito y la asistencia total es mayor que la necesidad de ese tipo de asistencia. Los solicitantes deben divulgar otros beneficios locales, estatales y federales que hayan recibido o hayan solicitado recibir asistencia hipotecaria específica, indulgencia, seguro de desempleo u otros beneficios que puedan usarse para ayudar con los pagos de la hipoteca. Los solicitantes deberán reembolsar los fondos si reciben beneficios duplicados.

¿Ha recibido o solicitado su hogar alguno de los siguientes de otras fuentes?

- Asistencia hipotecaria/HOA       Recibido                       Solicitado pero no recibido
- Tolerancia hipotecaria               Recibido                       Solicitado pero no recibido
- Seguro de desempleo               Recibido                       Solicitado pero no recibido
- Otro                                       Recibido                       Solicitado pero no recibido

Si alguna de las casillas anteriores está marcada, por favor proporcione una descripción de los beneficios y el monto recibido o el monto anticipado recibido:

\_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE DIFICULTAD

¿Cuál describe mejor su dificultad? Por favor seleccione una:

<input type="checkbox"/>	Reducción de ingresos
<input type="checkbox"/>	Pérdida de trabajo/pérdida de horas de empleo
<input type="checkbox"/>	Dificultades médicas
<input type="checkbox"/>	Gasto inesperado
<input type="checkbox"/>	Cambio/Pérdida de Beneficios Públicos
<input type="checkbox"/>	Se fueron compañeros de cuarto/miembros del hogar que generan ingresos
<input type="checkbox"/>	Muerte en la familia
<input type="checkbox"/>	Otro:

Por favor proporcione una breve declaración de las dificultades (explique qué evento lo llevó a atrasarse en los pagos de la hipoteca/HOA):

*\* REQUERIDO\*—DEBE DESCRIBIR SU DIFICULTAD EN ESTE CUADRO DE TEXTO. POR FAVOR, MANTENGA ESTO LO MÁS BREVE POSIBLE.*

Si esta solicitud se completó con la ayuda de una organización/proveedor de servicios de referencia, proporcione la información de contacto a continuación:

Nombre:

Organización:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

## DECLARACIÓN DE DEMOGRAFÍA DEL HOGAR

Los fondos de City and County de Denver se han otorgado para financiar el Programa de Asistencia Financiera para Ejecuciones Hipotecarias (FFAP, por sus siglas en inglés). Las regulaciones de la ciudad requieren que el programa brinde beneficios a personas de ingresos bajos y moderados. **Todas las preguntas demográficas de este documento son opcionales.** El formulario debe ser reconocido y firmado.

### 1. Composición del hogar:

- a. ¿La cabeza de familia se identifica como mujer?  
 SI       NO       Decido no contestar
- b. ¿Hay algún miembro del hogar mayor de 62 años?  
 SI       NO       Decido no contestar
- c. ¿Algún miembro del hogar se identifica como discapacitado?  
 (Una discapacidad es un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicha persona; un registro de dicho impedimento; o se considera que tiene tal impedimento.)  
 SI       NO       Decido no contestar

### 2. Por favor responda tanto el origen étnico como la raza del solicitante.

(Por favor tenga en cuenta que esta información se recopila con fines informativos).

ETNICIDAD (POR FAVOR SELECCIONE SOLO UNA)	
Hispano o latino	
No Hispano o Latino	
Decido no contestar	

CATEGORÍA DE RAZA INDIVIDUAL		CATEGORÍA RAZA MULTIPLE	
Blanco		Indio americano/nativo de Alaska y blanco	
Negro/afroamericano asiático		Asiático y blanco	
Indio americano/nativo de Alaska		Negro/afroamericano y blanco	
Nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico		Indio americano/nativo de Alaska y negro/afroamericano	
		Otro Multi-raza: Por favor explique (opcional):	
Decido no contestar			

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES CON MES**

## CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Certifico que la información en esta solicitud y la documentación de respaldo es precisa y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar declaraciones o información falsa es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda y es punible según la ley federal. Al firmar este documento, libero a Brothers Redevelopment, Inc. (BRI por sus siglas en inglés) y sus agencias asociadas para obtener e intercambiar información a discreción del coordinador con otras entidades, incluidos, entre otros: proveedores de servicios públicos, prestamistas hipotecarios, entidades HOA, empleadores, bancos y otras instituciones financieras, o cualquier otro tercero esencial con respecto a mi caso que se considere necesario para obtener recursos para satisfacer mis necesidades de asistencia.

Cualquier intercambio de información con terceros se hará sin discriminación y con respeto a mis derechos. La información obtenida se utilizará únicamente para proporcionarme prevención de ejecución hipotecaria y servicios relacionados. Además, doy mi consentimiento para ser contactado sobre otros programas y servicios, como asesoramiento sobre vivienda.

Por la presente libero a Brothers Redevelopment, Inc. (BRI), sus agencias asociadas, funcionarios, directores, empleados, agentes y entidades afiliadas de cualquier responsabilidad relacionada con el suministro de la información en esta solicitud.

Me reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y proporcionaré un aviso por escrito de mi decisión a la organización con la que estoy trabajando. Al recibir la solicitud por escrito, la organización suspenderá el uso de mi información dentro de las 48 horas hábiles y cancelará mi solicitud pendiente y/o los servicios solicitados a través de la organización.

X

Firma del solicitante

Fecha

X

Firma del co-solicitante

Fecha

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES CON MES**

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE APOYO

Usted debe enviar los siguientes documentos de respaldo junto con su solicitud:

\* Completar las 5 páginas de esta Solicitud financiera de ejecución hipotecaria (arriba).

\* **Identificación con foto** para el solicitante y el cosolicitante

\* **Prueba de la propiedad**

- Copia del estado de cuenta hipotecario más reciente (60 días) y comprobante del último pago realizado. La propiedad se verificará en <https://www.denvergov.org/property>
- Copia del libro mayor/estado de cuenta de la HOA del solicitante que demuestre el saldo

\* **Prueba de ingreso**

- Estados de cuenta bancarios más recientes del Solicitante y Co-Solicitante, si corresponde. Debe tener una fecha dentro de los 30 días (**se aceptarán capturas de pantalla si contienen su nombre, fecha y saldo disponible**).
- Documentación que demuestre los activos del solicitante fuera de las fuentes de ingresos mensuales
- Documentación de verificación de ingresos de los 30 días anteriores de todos los miembros adultos del hogar mayores de 18 años para todas las fuentes de ingresos que se enumeran en la solicitud. La documentación debe incluir el nombre del adulto y estar fechada dentro de los 30 días. La documentación de verificación de ingresos puede incluir:
  - Talones de pago
  - Carta de Verificación de Beneficios/Seguro de Desempleo (UI por sus siglas en inglés)
  - Para solicitantes que trabajan por cuenta propia: estado de pérdidas y ganancias, balance general y/o declaraciones 1099
  - Carta firmada y fechada del empleador que indique el nombre del solicitante, el nombre de la fuente de ingresos, el monto y la frecuencia de los ingresos, y la información de contacto del empleador
  - Carta de prueba de ingresos de los ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI por sus siglas en inglés)
  - Carta de Verificación de Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés)
  - Pagos de manutención infantil recibidos
  - Carta de beneficios de jubilación
- La Autodeclaración de Ingresos sólo se aceptará si no se puede obtener una verificación por escrito. Las autodeclaraciones de ingresos deben estar claramente documentadas en el expediente del caso, incluidos todos los intentos de obtener la verificación de un tercero y una declaración jurada firmada de que los ingresos declarados son exactos.

\* - **OBLIGATORIO**

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES CON MES**