



## Cuenta de Desarrollo Individual (CDI) para Asistencia Tecnológica: Solicitud del Programa de Ahorros

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

### Información Personal

*Note: toda la información que usted proporcione en esta solicitud se mantendrá absolutamente confidencial.*

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Numero #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular/ Otro número: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Qué clase de incapacidad tiene? \_\_\_\_\_

Por favor Infórmenos si necesita algún tipo de asistencia especial:

## Contacto de Emergencia

*Por favor provea información de un pariente o amigo como contacto en caso de emergencia.*

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Numero #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

## Información Demográfica

*La información recopilada en esta sección no afectara su elegibilidad.*

**Sexo:** \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer

### Origen étnico/ racial:

\_\_\_\_\_ Caucásico \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_ Asiático/ Islas del Pacifico

\_\_\_\_\_ Africano Americano \_\_\_\_\_ Nativo Americano

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### Lenguaje Primordial en Casa:

\_\_\_\_\_ Ingles \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Chino

\_\_\_\_\_ Coreano \_\_\_\_\_ Vietnamita

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

- Soltero(A) y sin hijos dependientes
- Soltero(A) con hijos dependientes
- Casado(A)
- Unión libre
- Otro (explique):
- Divorciado(A)
- Viudo(A)

**Tipo de Vivencia:**

- Unidad de alquiler subsidiado
- Casa Propia/ condominio
- Otro (explique):
- Alquiler

**Veterano:**

- No
- Si

**¿Cómo escucho sobre el programa de ahorros que ofrece Washington Access Fund? (marque todo lo que aplique)**

- Publicidad (ejemplo: TV, radio, periódico)
- Información recibida por correo
- Información vía internet
- Amigo/ Conocido
- Profesional (ejemplo: Doctor, trabajador social)
- Agencia de discapacidad
- Programa de tecnología del estado
- Vendedor/ Distribuidor
- Banco, cooperativa de crédito, institución de préstamos
- No estoy seguro
- Otro:

**Nivel Mayor de Educación:**

- Menos de la escuela secundaria
- Diploma de secundaria/ GED
- Algunos estudios Universitarios
- 2 años de colegio (AA)
- 4 años de colegio/Universidad
- Escuela de posgrado

**Actualmente estoy cubierto por los siguientes programas públicos/privados:**

- “Medicaid”
- “Medicare”, seguro medico
- Seguro de salud privada
- Cupones de alimentos
- La división estatal de “Develepoment Disabilities Administration”
- Rehabilitación vocacional: Departamento de servicios para ciegos (Department of Services of the Blind), Boleto de Trabajo
- Seguro de incapacidad
- Educación especial/ Plan 504
- “Medicaid cap waiver”
- Compensación de trabajadores

Incluyéndose a usted, ¿Actualmente, cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

Por favor incluya los nombres y edades de estas personas.

## Asistencia Tecnológica y Meta de Ahorros

¿Cuál es el propósito por la cual estará ahorrando a través de este programa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿En qué modo le beneficiará las tecnologías que obtenga a través de los fondos de su cuenta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido dueño(a), o puesto en prueba el(los) artículo(s) relacionado con su compra?

\_\_\_\_\_ **Sí**      \_\_\_\_\_ **No**

¿Cuál será el costo de su compra?      \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto dinero le sobra al mes después de pagar todos sus pagos mensuales?      \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto quiere aportar a su cuenta de ahorros (su CDI) al mes?

\$ \_\_\_\_\_

¿En cuánto tiempo espera poder realizar la(s) compra(s)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Información de Ingreso

*Ingreso de TODOS los miembros del hogar, liste por favor el ingreso bruto (antes de impuestos y deducciones)*

<u>Categoría</u>	<u>Mensual</u>	<u>Anual</u>
Salario de Empleo Actual:	\$ _____	\$ _____
Autoempleo:	\$ _____	\$ _____
Pensiones o Ingreso de Jubilación:	\$ _____	\$ _____
Ingresos por Inversión:	\$ _____	\$ _____
Seguridad de Ingresos Suplementario (SSI):	\$ _____	\$ _____
Beneficios de Incapacidad (SSDI):	\$ _____	\$ _____
Cupones de Alimentos:	\$ _____	\$ _____
Manutención de hijos/ Pensión Alimenticia:	\$ _____	\$ _____
Apoyo financiera de Amigos/ Familiares:	\$ _____	\$ _____
Fideicomisos:	\$ _____	\$ _____
Otro: <i>Por favor especifique:</i> _____	\$ _____	\$ _____

Ingreso Anual Total: \$ \_\_\_\_\_

Por favor enliste cualquier gasto médico o relacionado con discapacidad que usted tenga: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bienes y Activos

Por favor provea el valor de sus bienes y activados en la lista de abajo.

<u>Categoría</u>	<u>Valor</u>
Cuenta(s) de Cheques:	\$ _____
Cuenta(s) de Ahorros:	\$ _____
Otra(s) cuenta(s) de CDI:	\$ _____
IRA/ Cuenta(s) de Jubilación:	\$ _____
Acciones, Inversiones:	\$ _____
Propiedades Inmuebles:	
Casa – Valor de Tasación	\$ _____
Otro – Valor de Tasación	\$ _____
Bienes Muebles: ( <i>Vehículos, botes, vehículos de recreación, etc.</i> )	
#1 _____	\$ _____
#2 _____	\$ _____
#3 _____	\$ _____
#4 _____	\$ _____
Otros Bienes: (Por favor describa)	
#1 _____	\$ _____
#2 _____	\$ _____
<b>Valor Total de Bienes descritos Arriba:</b>	<b>\$ _____</b>

## Deudas

Si tiene deudas en las categorías listadas abajo, anote los totales que debe.

<u>Categoría</u>	<u>Balance Actual</u>
Hipoteca:	
Préstamo de la Casa	\$ _____
Otra Propiedad (de alquiler, tierra/lote, etc.)	\$ _____
Bienes Muebles: (Vehículos, botes, vehículos de recreación, etc.)	
#1 _____	\$ _____
#2 _____	\$ _____
#3 _____	\$ _____
#4 _____	\$ _____
Tarjeta(s) de Crédito:	\$ _____
Dinero adeudado a familiares o amigos:	\$ _____
Cuentas atrasadas de gastos de la casa:	\$ _____
Cuentas atrasadas de gastos médicos:	\$ _____
Otras deudas: ( <i>Por favor enumere</i> )	
#1 _____	\$ _____
#2 _____	\$ _____
<b>Valor Total de las Deudas descritas Arriba:</b>	<b>\$ _____</b>

## Certificación y Autorización

Yo Certifico que la información proveída en esta solicitud es verdadera y correcta según mi conocimiento. Se autoriza por medio de la presente para que se extienda verificación de cualquier información en relación con cuentas de banco, empleo crédito o hipoteca como es requerido por Washington Access Fund. Yo entiendo que Access Fund llevara a cabo un estudio de crédito y que el estudio no afectara mi puntaje de crédito. Yo entiendo que Washington Access Fund podría necesitar contactar a otras agencias para determinar me elegibilidad y para verificar mi necesidad para el apoyo que estoy solicitando. Autorizo que se expida tal información confidencial.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Solicitantes menores de 18 años deben de obtener el consentimiento de uno de los padres o encargado.*

Mi firma certifica que soy el padre/madre o encargado del solicitante menor de edad en esta solicitud y que autorizo para que el solicitante participe en el programa de Cuentas de Desarrollo Individual (el programa de ahorros) de Washington Acces Fund.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco/ relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

*\*\*\*Por favor incluya los siguientes documentos para verificar la información que suministro con relación a sus finanzas: \*\*\**

## **Documentación del Patrimonio Neto**

- Copias de estados de cuentas de cheques o ahorros del mes de la solicitud.
- Copias o estados de cualquier cuenta de inversiones del mes de la solicitud.
- Copias de estados de cuentas de tarjeta de crédito actuales mostrando lo que adeuda.
- Copias de la hipoteca de la casa mostrando lo que adeuda.
- Copias de estados de cuenta actuales de cualquier préstamo o deuda (o verificación de deuda de los amigos)
- Año, marca, modelo de cualquier vehículo
- Documentación de cualquier otro bien o deuda que aporte en la lista

## **Documentación de Ingreso (Ejemplos)**

- los impuestos más recientes
- Dos meses de talonario de salarios
- Copias de dos meses de estados de cuentas que muestren depósitos
- Carta o estados de cuenta verificando el monto de SSI, SSDI, o pensión.
- Otra documentación apropiada