**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Por favor déjennos saber de cualquier tipo de acomodación especial que necesite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Contacto de Emergencia**

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

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

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_ Divorciado(A)

\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_ Viudo(A)

\_\_\_\_ Otro (explique):

**Tipo de Vivencia:**

\_\_\_\_ Unidad de alquiler subsidiado \_\_\_\_ Alquiler \_\_\_\_ Casa propia/ condominio

\_\_\_\_ Otro (explique):

**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 estadal 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 CDI? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Alguna vez ha sido dueño(a), o puesto en prueba el(los) articulo(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)*

Categoría Mensual Anual

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: *Por favor especifique*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Por favor enliste cualquier gasto médico o relacionado con una discapacidad que tenga:

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

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

**Bienes y Activos**

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

Categoría Valor

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:

(Vehículos, botes, vehículos de recreación, etc.)

#1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros Bienes: (Por favor describa)

#1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Valor Total de Bienes descritos Arriba: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Deudas**

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

Categoría Balance Actual

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: (*Por favor enumere*)

#1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Valor Total de las Deudas descritas Arriba: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 aporto 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