



**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 déjenos 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 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 CDI? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿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 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.*

<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:	
(Vehículos, botes, vehículos de recreación, etc.)	
#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 apporto 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