**Cuenta de Desarrollo Individual (CDI) para Equipos de Negocios:**

**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 \_\_\_\_ Asiático/ Islas del Pacifico

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

\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_ 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

\_\_\_\_ Propia casa/ 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.

**Meta de Empleo y del Programa**

**Estatus de Empleo Actual:**

\_\_\_\_ Empleado tiempo-completo

\_\_\_\_ Empleado tiempo-parcial

\_\_\_\_ Empleado Independiente tiempo-completo

\_\_\_\_ Empleado independiente tiempo-parcial

\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_ Jubilado por incapacidad

\_\_\_\_ Jubilado \_\_\_\_ Ama(o) de Casa

\_\_\_\_ Estudiante (nivel completado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

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

Si esta empleado(a), ¿Cuál es su puesto actual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha tenido este puesto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su meta principal al establecer una Cuenta de Desarrollo Individual para equipo de negocio? *(Por favor marque solo una.)*

\_\_\_\_ Mantener mi actual empleo

\_\_\_\_ Promoción de Empleo

\_\_\_\_ Establecer un pequeño negocio

\_\_\_\_ Expandir un pequeño negocio

\_\_\_\_ Capacitación relacionada con el equipo que me ayudara a trabajar

\_\_\_\_ Otro (Por favor explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es un cliente actual de DVR o DBS? \_\_\_\_ DVR \_\_\_\_DSB

*(DVR: División de Rehabilitación Vocacional, o DBS: Departamento de Servicios para Ciegos)*

Si usted está estableciendo o expandiendo su propio negocio:

¿Cuál es su negocio o su idea de negocio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Tiene un Plan de Negocios? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

*(Si es un si, por favor adjunte su plan con esta solicitud. Sino, favor de completar el Análisis de Viabilidad y presentarlo adjunto con esta solicitud.)*

**Equipo de Negocios y Meta de Ahorros**

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

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

¿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 Anual Total: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor enliste cualquier gasto médico relacionado con la discapacidad que usted 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 amigos/familiares: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 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