



**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: _____ Número #: _____

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: _____ 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 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 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. _____

Meta de Empleo y del Programa

Estatus de Empleo Actual:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado tiempo-completo | <input type="checkbox"/> Empleado tiempo-parcial |
| <input type="checkbox"/> Empleado Independiente tiempo-completo | <input type="checkbox"/> Empleado independiente tiempo-parcial |
| <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Jubilado por incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Jubilado | <input type="checkbox"/> Ama(o) de Casa |
| <input type="checkbox"/> Estudiante (nivel completado: _____) | <input type="checkbox"/> 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.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mantener mi actual empleo | <input type="checkbox"/> Promoción de Empleo |
| <input type="checkbox"/> Establecer un pequeño negocio | <input type="checkbox"/> Expandir un pequeño negocio |
| <input type="checkbox"/> Capacitación relacionado con el equipo que me ayudara a trabajar | |
| <input type="checkbox"/> 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? _____ Si _____ 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)

<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 en liste cualquier gasto médico relacionado con una 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:	
(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.

<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 _____	\$ _____
 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 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