



Una agencia de orientación
sobre viviendas de HUD

44 Holland Avenue
Albany, NY 12229-0001
TEL: 518.473.1973
FAX: 518.474.0783

75 Morton Street
New York, NY 10014
TEL: 212.229.3032

Persona/padre o tutor legal
Solicitud para el *Programa Casa Propia

SOLICITANTE PRINCIPAL *Escriba en letra de imprenta*

Nombre: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

_____ Calle Apto. #

_____ Ciudad Estado Código postal

Casa: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Fax: (____) _____ - _____ Móvil/Celular: (____) _____ - _____ N.º de contacto de preferencia (____) _____ - _____

Horario de preferencia: _____ / _____ / _____
N.º de Seguro Social Fecha de nacimiento

Raza (marque una):

- 1. Blanco
- 2. Asiático
- 3. Asiático y blanco
- 4. Otra
- 5. Afroamericano
- 6. Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico
- 7. Afroamericano y blanco
- 8. Aborigen americano/Nativo de Alaska
- 9. Aborigen americano/Nativo de Alaska y blanco
- 10. Aborigen americano/Nativo de Alaska y afroamericano

Origen étnico (seleccione "sí" o "no" para origen hispano. Debe seleccionar tanto una categoría para "raza" como "sí" o "no" para origen hispano:)

Hispano: Sí No Prefiero no responder

Condición migratoria (seleccione una):

- 1. Nació en los EE. UU. y uno o ambos de sus padres nacieron en el extranjero
- 2. Nació en los EE. UU., pero uno o más de sus abuelos nació en el extranjero
- 3. Usted nació en el extranjero
- 4. Usted, sus padres y sus abuelos nacieron en los EE. UU.

Estado civil (marque una opción): 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Separado/a 5. Viudo/a

Sexo (marque una opción) Masculino Femenino

Relación con la persona que tiene una discapacidad del desarrollo: (es decir, es usted, padre o madre, hermano/a, etc.)

Nombre de la(s) persona(s) con discapacidad del desarrollo: _____ Fecha de nacim.: ____/____/____

Tipo de discapacidad(es): _____

*Hogares: hogares se refiere a una variedad de viviendas.



Vivienda actual (marque una opción):

- 1. Apartamento
- 2. Vive con su familia
- 3. Vive con amigos
- 4. Propietario con hipoteca pagada
- 5. Vive en una vivienda certificada por la OPWDD
- 6. No tiene hogar
- 7. Otra _____

¿Es la primera vez que va a comprar una casa (no posee una casa en la actualidad y no fue propietario de una en los últimos tres años)? Sí No

Tamaño de la familia/miembros del hogar: _____ Cantidad de dependientes: _____

¿Qué edades tienen? _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

¿Hay personas no dependientes que vivirán en la casa? Sí No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Relación	Edad	Relación	Edad
----------	------	----------	------

Educación (marque una opción):

- 1. Título de estudios secundarios o examen de equivalencia de la escuela secundaria
- 2. Universidad de dos años
- 3. Licenciatura
- 4. Máster
- 5. Doctorado

Referido por (marque todas las opciones que correspondan):

- Aviso impreso
- Banco
- Gobierno
- Televisión
- Agente inmobiliario
- Miembro del personal/de la junta directiva
- Visita en persona
- Amigo
- Radio
- Artículo del periódico

Si fue referido por un banco, ¿cuál? _____

Si fue referido por otra fuente que no aparece en la lista anterior, ¿cuál? _____



EMPLEO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Escriba en letra de imprenta

Empleador principal: _____

Cargo _____ Fecha de contratación _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente

Empleador secundario: _____

Cargo _____ Fecha de contratación _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente

EMPLEO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL: últimos 2 años

Escriba en letra clara

Si está empleado en el cargo actual hace menos de dos años, complete los siguientes datos:

Empleador(es): _____

Cargo _____ Fecha de contratación _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente



Empleador(es) anterior(es): _____

Cargo _____ Duración del empleo _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente

Empleador(es) anterior(es): _____

Cargo _____ Duración del empleo _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente

Continúe enumerando sus empleadores anteriores en una hoja de papel por separado si fuera necesario.

COSOLICITANTE

Nombre: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

_____ Calle Apto. #

_____ Ciudad Estado Código postal

Casa: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Fax: (____) _____ - _____ Móvil/Celular: (____) _____ - _____ N.º de contacto de preferencia (____) _____ - _____

Horario de preferencia: _____ - _____ - _____ / _____ / _____
N.º de Seguro Social Fecha de nacimiento

Raza (marque una):

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Blanco <input type="checkbox"/> | 5. Afroamericano <input type="checkbox"/> | 8. Aborigen americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> |
| 2. Asiático <input type="checkbox"/> | 6. Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> | 9. Aborigen americano/Nativo de Alaska y blanco <input type="checkbox"/> |
| 3. Asiático y blanco <input type="checkbox"/> | 7. Afroamericano y blanco <input type="checkbox"/> | 10. Aborigen americano/Nativo de Alaska y afroamericano <input type="checkbox"/> |
| 4. Otra <input type="checkbox"/> | | |

Origen étnico (seleccione "sí" o "no" para origen hispano. Debe seleccionar tanto una categoría para "raza" como "sí" o "no" para origen hispano:)

Hispano: Sí No Prefiero no responder

Condición migratoria (seleccione una):

1. Nació en los EE. UU. y uno o ambos de sus padres nacieron en el extranjero
2. Nació en los EE. UU., pero uno o más de sus abuelos nació en el extranjero
3. Usted nació en el extranjero
4. Usted, sus padres y sus abuelos nacieron en los EE. UU.

Estado civil (marque una opción): 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Separado/a 5. Viudo/a

Sexo (marque una opción) Masculino Femenino

Educación (marque una opción):

- | | |
|---|--|
| 1. No obtuvo un título de estudios secundarios <input type="checkbox"/> | 2. Título de estudios secundarios o examen de equivalencia de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> |
| 3. Universidad de dos años <input type="checkbox"/> | 4. Licenciatura <input type="checkbox"/> |
| 5. Máster <input type="checkbox"/> | 6. Título superior al de Máster <input type="checkbox"/> |

Relación con el Solicitante principal: _____



EMPLEO DEL COSOLICITANTE

Escriba en letra clara

Empleador principal: _____

Cargo _____ Fecha de contratación _____

Calle postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente

Empleador secundario: _____

Cargo _____ Fecha de contratación _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente

EMPLEO DEL COSOLICITANTE: últimos 2 años

Escriba en letra clara

Si está empleado en el cargo actual hace menos de dos años, complete los siguientes datos:

Empleador(es) principal(es): _____

Cargo _____ Fecha de contratación _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente



Empleador(es) anterior(es): _____

Cargo _____ Duración del empleo _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente

Empleador(es) anterior(es): _____

Cargo _____ Duración del empleo _____

Calle postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

De medio tiempo o De tiempo completo

Ingresos brutos (sin impuestos): \$ _____

Este monto se paga por hora por semana cada dos semanas dos veces por mes mensualmente

Continúe enumerando en una hoja de papel por separado si fuera necesario.



PAGOS/INDEMNIZACIONES/BANCARROTA

Escriba en letra de imprenta

SOLICITANTE PRINCIPAL COSOLICITANTE

¿Ha realizado sus pagos a tiempo en los últimos 12 meses? **Sí** **No** **Sí** **No**

¿Usted o su cosolicitante tienen indemnizaciones pendientes de pago? **Sí** **No** **Sí** **No**

Monto (si corresponde) \$ _____

¿Se encuentra actualmente en bancarrota de acuerdo con el Capítulo 13? **Sí** **No** **Sí** **No**

Si la respuesta es sí, ¿cuándo comenzó? _____

Si la respuesta es sí, ¿cuándo saldrá su deuda? _____

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el monto del pago? _____

¿Alguna vez estuvo en bancarrota según el Capítulo 7? **Sí** **No** **Sí** **No**

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se canceló? _____

FONDOS EN EFECTIVO/AHORROS/INVERSIONES

Escriba en letra de imprenta

Enumere el valor aproximado de los siguientes elementos:

	SOLICITANTE PRINCIPAL	COSOLICITANTE
Cuenta corriente		
Caja de ahorros		
Efectivo		
Certificados de depósito		
Valores (acciones, bonos, etc.)		
Cuenta de jubilación		
Otros fondos en efectivo		

¿Está por recibir fondos adicionales (por ejemplo, devolución de impuestos, venta de propiedades, etc.)? **Sí** **No**

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el monto? \$ _____

GASTOS DE MANTENIMIENTO

Escriba en letra impetra

	SOLICITANTE PRINCIPAL	COSOLICITANTE
Alquiler o hipoteca mensual actual		
Electricidad/Gas/Desechos sólidos		
Teléfono		
Celular/Bíper		
Televisión por cable/satelital		
Otros gastos de mantenimiento		



	SOLICITANTE PRINCIPAL	COSOLICITANTE
¿Es veterano?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene un contrato de una casa en este momento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿En la actualidad trabaja con un agente inmobiliario?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está interesado en ahorrar para su primera casa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

AUTORIZACIÓN

Autorizo a la OPWDD del Estado de Nueva York a hacer lo siguiente:

(a) ver mi/nuestro informe crediticio para revisar mi/nuestro archivo crediticio con propósitos de asesoramiento sobre viviendas y solicitud de información relacionados con mi intención de solicitar un préstamo para comprar una propiedad inmobiliaria;

(b) obtener una copia del Acuerdo de pago HUD-1, Tasación y Nota(s) inmobiliarias cuando compre una vivienda provenientes del prestamista que me/nos dio el préstamo o la empresa que tramitó el título y cerró el préstamo.

Certificación: La información proporcionada en esta aplicación es verdadera y está completa según mi/nuestro leal saber y entender. Accedo/accedemos a la divulgación de dicha información con el objetivo de verificar la información relacionada con mi/nuestra solicitud de asistencia financiera. Comprendo/comprendemos que cualquier dato erróneo intencionado de los hechos materiales será motivo de descalificación.

Comprendo/comprendemos que cualquier representación intencional o negligente de la información que contiene este formulario puede resultar en responsabilidades civiles o penales según las disposiciones del Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1001.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cosolicitante

Fecha

Políticas y prácticas de privacidad

La Oficina de Residencia en Hogares y en Comunidad valora su confianza y se compromete con la administración, uso y protección responsables de la información personal. Esta notificación describe nuestra política en relación con la recopilación y divulgación de información personal. La información personal, como se usa en esta notificación, significa información que identifica a una persona de forma individual y no es información que está disponible de forma pública. Incluye información personal financiera como historial de crédito, ingresos, historial de empleo, bienes financieros, información sobre cuentas bancarias, deudas financieras y otros documentos. También incluye su número de Seguro Social y otra información que nos proporcionó en solicitudes o formularios que completó para el Programa Casa Propia, incluyendo prevención de procedimiento ejecutivo hipotecario.

Información que recopilamos

Recopilamos información para respaldar nuestro programa de asesoramiento sobre viviendas y para ayudarlo a obtener una hipoteca de vivienda o un atenuante al procedimiento ejecutivo hipotecario. Recopilamos información personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos de usted en las solicitudes o en otros formularios;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros;
- Información que recibimos de una agencia de informes de consumidores; e
- Información que recibimos de referencias personales y de empleo.

Información que divulgamos

Podemos divulgar los siguientes tipos de información personal sobre usted:

- Información que usted nos brinda en las solicitudes o los formularios, como su nombre, su dirección, su número del Seguro Social, empleador, ocupación, activos, deudas e ingresos;
- Información sobre las transacciones que realiza con nosotros, nuestras filiales o demás entidades, como el saldo de su cuenta, antecedentes de pago y partes de sus transacciones, y
- Información que recibimos por parte de una agencia de informes de consumidores, como su informe para la Oficina de Crédito, su historial de crédito y su capacidad crediticia.

A quiénes divulgamos

Podemos divulgar su información personal a los siguientes tipos de terceras partes no vinculadas:

- Proveedores de servicios financieros como compañías involucradas en brindar modificaciones de hipotecas o préstamos de viviendas o refinanciamiento.
- Otros, como organizaciones sin fines de lucro involucradas en asesoramiento sobre viviendas y desarrollo comunitario, pero solo para revisión de programas, investigación o propósitos de supervisión.

También podemos divulgar información personal sobre usted a terceros de acuerdo con lo que permite la ley. Antes de compartir información personal con terceros no vinculados, excepto según lo que se describe en esta política, podemos darle la posibilidad de indicar que dicha información no sea divulgada.



Confidencialidad y seguridad

Restringimos el acceso a su información personal a aquellos empleados que necesitan conocer esa información para brindarle productos y servicios y para ayudarlos con su trabajo, incluyendo suscripción y servicio de préstamos, toma de decisiones relacionadas con préstamos, ayuda para obtener préstamos de otros y asesoramiento financiero. Tenemos procedimientos de seguridad física y electrónica para proteger la confidencialidad e integridad de la información personal en nuestra posesión y para resguardarla contra el acceso no autorizado. Utilizamos archivos restringidos y acuerdos de confidencialidad para proteger su información. Nuestras salvaguardas se usan para cuidar su información personal.

Confirmación de recibo de información de:

Nombre en imprenta del solicitante

Fecha

Firma del solicitante

Nombre en imprenta del cosolicitante

Fecha

Firma del cosolicitante



CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del solicitante:
Nombre del cosolicitante (si corresponde):

Este formulario autoriza a la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office For People With Developmental Disabilities, OPWDD) del Estado de Nueva York y su red de agencias, socios y personas que trabajan en conjunto con OPWDD a intercambiar y divulgar cualquiera de los documentos que yo/nosotros enviamos por voluntad propia a la Oficina de Residencia en Hogares y en Comunidad en relación con mi/nuestro pedido de solicitud (pendiente o activo) para participar en el Programa Casa Propia (Home of Your Own, HOYO), incluyendo todos sus subprogramas y proyectos.

Comprendo que el único propósito de intercambiar y divulgar cualquier/toda información es facilitar mi/nuestra oportunidad de adquirir o mantener una vivienda, reconstruir/ reparar mi historia de crédito o trabajar en pos de una opción de control de pérdidas.

También comprendo que la OPWDD y su red de agencias, socios y personas que trabajan en conjunto con OPWDD no serán responsabilizados por cualquier uso indebido de la información por parte de cualquier fuente.

Aprobado y firmado por:

(Solicitante)

(Fecha)

(Cosolicitante (si corresponde))

(Fecha)



OFICINA DE RESIDENCIA EN HOGARES Y EN COMUNIDAD DE OPWDD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Autorización de informe de crédito

La siguiente información se proporciona para permitirle a la Oficina de Hogares de la OPWDD del Estado de Nueva York que obtenga un informe de crédito en mi nombre:

Nombre _____
Dirección actual
Calle _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____
Dirección anterior
Calle _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____

Nombre y dirección del empleador

Cargo/título

N.º de Seguro Social

Teléfono particular

Teléfono de la empresa

Nombre _____
Dirección actual
Calle _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____
Dirección anterior
Calle _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____

Nombre y dirección del empleador

Cargo/título

N.º de Seguro Social

Teléfono particular

Teléfono de la empresa

Al firmar a continuación, autorizo a la Oficina de Hogares de la OPWDD del Estado de Nueva York a obtener un informe de crédito en mi nombre de una agencia de información crediticia. También los autorizo a darle mi informe crediticio a cualquier filial de la OPWDD para su revisión.

Comprendo que puedo obtener este informe en una agencia de información crediticia de acuerdo con la Ley de Garantía de Equidad Crediticia. También comprendo que, si tengo preguntas, conflictos o comentarios sobre la información en mi informe crediticio, debo comunicarme con la agencia de información crediticia para que traten este asunto.

Esta autorización no es una solicitud de crédito ni una solicitud para que la OPWDD me tenga en cuenta para un crédito.

La información y las divulgaciones anteriores fueron leídas y analizadas cuidadosamente con el consumidor y se obtuvo su autorización de forma verbal.

 Firmas

 Fecha



Declaración jurada para padres o tutor legal

ESTADO DE NUEVA YORK)
CONDADO DE :

(Nombre del declarante) _____, tras haber prestado juramento, declara y manifiesta:

1. Que el declarante solicitó por primera vez una hipoteca de vivienda a través de la Agencia de Hipotecas del Estado de Nueva York como parte de su Programa Casa Propia con la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (“OPWDD”) del Estado de Nueva York.
2. Que el declarante es padre, madre o tutor legal de una persona con discapacidades del desarrollo.
3. Que el declarante fue informado por representantes de la OPWDD y que el declarante comprende y reconoce que este programa está disponible solo para padres, madres o tutores legales de personas con discapacidades del desarrollo cuya intención es que la persona con discapacidades del desarrollo viva en el hogar para el cual se presenta la solicitud en el momento en el que se adquiriera la vivienda y en el futuro inmediato de manera razonable.
4. El declarante afirma mediante el presente que la información precedente es verdadera y actual a partir de la fecha que aquí se indica y que es la intención actual del declarante que la persona con discapacidades del desarrollo viva en el hogar como su lugar de residencia principal.

Firma del declarante

Prestó juramento ante mí
el día ____ de _____ de 20__.

Notario



Declaración jurada para personas

ESTADO DE NUEVA YORK)
CONDADO DE :

(Nombre del declarante) _____ , tras haber prestado juramento, declara y manifiesta:

1. Que el declarante realizó una solicitud a la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York (en lo adelante llamada OPWDD) para participar en el Programa Casa Propia (HOYO).
2. Que el declarante comprende que la OPWDD no le brinda una hipoteca a personas con discapacidades del desarrollo o intelectuales, sino que las ayuda a cumplir con los requisitos para realizar la solicitud de uno de los productos de hipotecas de la Agencia de Hipotecas del Estado de Nueva York (en lo adelante llamada SONYMA).
3. Que el declarante es una persona con una discapacidad del desarrollo o intelectual.
4. Que el declarante fue informado por representantes de la OPWDD y que comprende y reconoce que este programa está disponible solo para personas con discapacidades del desarrollo o intelectuales que cuentan con un *Círculo de apoyo en funcionamiento*.
5. Que el declarante tiene una Lista de miembros del *Círculo de apoyo*.
6. Que el declarante comprende y reconoce que leyó el documento adjunto que describe qué es un *Círculo de apoyo*.



7. Que el declarante comprende y reconoce que cada miembro de su *Círculo de apoyo* es elegido con libertad por el declarante y puede incluir familiares y amigos que se reúnen para ayudar al declarante a alcanzar un estilo de vida personal más autodirigido.
8. Que el declarante comprende y reconoce que su *Círculo de apoyo* tiene el compromiso de respaldar y ayudar al declarante a visualizar, expresar, planificar y alcanzar sus sueños y metas.
9. Que el *Círculo de apoyo* del declarante lo ayudará a tomar decisiones informadas y vivir de un modo seguro en su vivienda de elección en el momento en el que sea adquirida y a partir de ese entonces y en el futuro inmediato.
9. Que el declarante proporcionó los nombres, relaciones e información de contacto precisos de los miembros de su *Círculo de apoyo* a la Oficina de Residencia en Hogares y en Comunidad de la OPWDD.
10. Que es absoluta responsabilidad del declarante informar (por escrito) a los representantes de la OPWDD cuando/si cambian los miembros de su *Círculo de apoyo*.

Mediante la presente el declarante afirma que la información precedente es verdadera y actual a partir de la fecha que aquí se menciona.

Firma del declarante

Prestó juramento ante mí
el día ____ de _____ de 20__.

Notario



¿Qué es un Círculo de apoyo?

- Un Círculo de apoyo es un grupo de personas, familiares, amigos y personal de soporte que se reúnen para asistir a una persona con una discapacidad para que visualice, exprese y cumpla el sueño de su vida.
- Un Círculo de apoyo ayuda a la persona a tomar decisiones informadas y hacerse cargo de su vida.
- Un Círculo de apoyo ayuda a una persona a que se escuche su voz y a ganar identidad personal.
- Los miembros de un Círculo de apoyo son elegidos libremente por la persona para que la ayuden a alcanzar su sueño de vivir de manera independiente a través de la adquisición de una vivienda.
- Un Círculo de apoyo es un requisito del Programa Casa Propia (HOYO).
- En el programa HOYO, la persona es clave para la toma de decisiones y el Círculo de apoyo ayuda a que las personas tomen decisiones informadas, seguras e inteligentes. La forma en la que los miembros cumplen su papel es muy importante para la persona y su participación en un estilo de vida autodirigido.
- Un Círculo de apoyo ayuda a la persona a lograr una responsabilidad personal y a administrar los recursos de forma eficaz.
- Un Círculo de apoyo ayuda a la persona con la planificación y el mantenimiento de un entorno de vida seguro e independiente.
- Un Círculo de apoyo funciona mejor con consenso y colaboración.
- Un Círculo de apoyo no puede forzarse en alguien que está conforme con su vida o no quiere realizar un cambio. Sin embargo, tenga en cuenta que un Círculo de apoyo es un requisito para participar en el programa HOYO. Sin un Círculo de apoyo en funcionamiento, la persona no tendrá la oportunidad de participar en el programa HOYO.

Para obtener más información sobre círculos de apoyo, llame a la Oficina de Residencia en Hogares y en Comunidad al (518) 473-1973.



Una agencia de orientación
sobre viviendas de HUD

44 Holland Avenue
Albany, NY 12229-0001
TEL: 518.473.1973
FAX: 518.474.0783

75 Morton Street
New York, NY 10014
TEL: 212.229.3032

**Lista de miembros del Círculo de apoyo
(Adjunto del apéndice 5)**

Nombre del declarante: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____

Lista de miembros

Nombres de los miembros	Direcciones de los miembros	Números de teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		



Programa de Ahorro de Cuenta de Desarrollo Individual (Individual Development Account, IDA)

Formulario de Revelación de Privacidad

Nombre del participante:

Nombre del coparticipante (si corresponde):

El presente autoriza a M&T Bank a divulgar las copias de la Carta de Compromiso Hipotecario, Inspección del Hogar, Tasación y todos los documentos de cierre de la hipoteca a la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD).

Se entiende que el único propósito de este acuerdo es facilitar la asistencia de la OPWDD en mi nombre. Ni OPWDD ni M&T Bank serán responsabilizados por cualquier uso indebido de esta información. Sin embargo, comprendo que esta información se guardará de forma confidencial y sólo se proporciona con el objetivo de facilitar mi posibilidad de adquirir fondos para el pago inicial y costos de cierre para la compra de una vivienda con el M&T Bank y con ningún otro objetivo.

Aprobado por:

Participante: _____ Fecha: _____

Coparticipante: _____ Fecha: _____

cc: La copia se colocará en el archivo de Hipoteca del M&T Bank del participante.



REGRESE LA SOLICITUD COMPLETA Y TODOS LOS MATERIALES A:

NYS OPWDD
Office of Home and Community Living
44 Holland Avenue-4th Floor
Albany, NY 12229