

Prestamos de Enganches

Asistencia De Enganche Para Primeros Compradores De Casa



- Para calificar debe de ser un comprador de casa por primera vez elegible basado en sus ingresos. (vea el reverse)
- El comprador de contribuir el mínimo de 1.0%
- Prestamos con pagos diferidos por 30 años
- Taza de interés es de 1.0%
- Cantidad máxima de préstamo es el 30% del precio de compra
- El Precio de Compra Máximo es \$496,000
- Comprar casas o condominios dentro de los limites de la ciudad de American Canyon

Para mas información comuníquese con Monica Lopez al 707-257-9359 o visite la pagina de internet de la Ciudad www.cityofamericancanyon.org



Limites de Ingresos para el Condado de Napa

LIMITE DE INGRESOS ANUALES	
Personas En El Hogar	80%
	Ingresos
	Medianos
1	55,650
2	63,600
3	71,550
4	79,500
5	85,900
6	92,250
7	98,600
8	104,950



**Ciudad de American Canyon
Solicitud de Compradores**

Fecha _____

Nombre de Aplicante: _____

Numero de Teléfono: _____

Celular/Otro: _____

Domicilio de Residencia: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información de Familia

Aplicante o Co-Aplicante	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación
Otros Miembros Adultos o Niños				
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación

¿Algún miembro de la familia esta Incapacitado? _____, Quien _____

Información de Empleo (Liste todos los miembros que trabajan y que viven en su vivienda)

Empleo del Aplicante: _____ Posición/Título: _____

Domicilio de Empleo: _____ Tiempo de Empleo: _____

Ingresos Mensuales Bruto (*Ingresos antes de impuestos/deducciones*) _____

Empleo Previo (Si menos de dos años en trabajo actual) _____

Empleo de Co-aplicante: _____ Posición/Título: _____

Domicilio de Empleo: _____ Tiempo de Empleo: _____

Ingresos Mensuales Bruto (*Ingresos antes de impuestos/deducciones*) _____

Empleo Previo (Si menos de dos años en trabajo actual) _____

¿Hay otros miembros de su vivienda que están empleados? Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí, en un papel aparte liste la misma información que se le pide al solicitante arriba.)

Ingreso de pensión, sostenimiento de hijos, beneficios de seguro social, asistencia social, ingreso de bienes, acciones y bonos son incluidos en la calculación de los ingresos de la familia de la vivienda del solicitante.

Liste todo los miembros recibiendo cualquier ayuda de ingreso que no sea relacionado a empleo, y los ingresos anuales de estos recursos:

Nombre	Fuente	Ingresos Anuales
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ingreso Bruto Total de la familia (de todos los recursos) \$ _____

¿Alguno de los residentes del hogar esta empleado por la Jurisdicción del Operador de este programa?
Si _____ No _____

¿Alguno de los residentes del hogar es un miembro del gobierno o agencia del gobierno que ejercita póliza de vivienda? Si _____ No _____ Si contesto si a alguna de las dos preguntas, explique:

Explicación: _____

Información de Vivienda al Corriente

¿Cuánto tiempo ha vivido en su domicilio? _____

¿Cuánto tiempo en Napa? _____

Renta Mensual \$ _____ Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____

¿Usted o su co-aplicante son dueños, individualmente o en común, Sí _____ No _____ alguna propiedad? Si, sí, donde esta ubicada? _____

¿Usted o su co-aplicante han sido dueños de una propiedad en los últimos tres (3) Años? Sí _____ No _____

Si, sí hace cuanto tiempo y donde esta ubicada? _____

¿Cuanto dinero tiene disponible par dar de enganche para la compra de su casa?

¿Cuál es la fuente de ese dinero? Ahorros \$ _____
Regalo \$ _____

Bienes al Corriente

Cuenta(s) de Ahorros	Banco _____	Cantidad	\$ _____
	Banco _____	Cantidad	\$ _____
Cuenta(s) de Cheques	Banco _____	Cantidad	\$ _____
	Banco _____	Cantidad	\$ _____
Acciones y/o Bonos	_____	Valor Total	\$ _____
Fondos Fiduciaries	_____	Valor Total	\$ _____
Cuentas de Retiro	_____	Valor Total	\$ _____

Información de Deudas

	Pago Mensual	Fecha de Expiración	Cantidad que Debe
Auto	\$ _____	_____	\$ _____
Auto	\$ _____	_____	\$ _____
Medical	\$ _____	_____	\$ _____
Tarjetas de Crédito	\$ _____	_____	\$ _____
Nombre en la Tarjeta	_____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
Otro	\$ _____	_____	\$ _____
TOTAL	\$ _____	_____	\$ _____

Para solicitar para el programa, por favor someta **copias** de los siguientes documentos con esta solicitud:

- Los dos últimos talones de cheque de todos los adultos que trabajan en su vivienda, o cualquier otro tipo de ingreso que reciban. Si usted trabaja para si mismo, por favor provee un estado actual de año de sus perdidas y ganancias.
- Impuestos Federales de los últimos tres años, incluir W-2 o 1099.
- Estado mas reciente de su cuenta de jubilación o ahorros de acciones.
- Los últimos seis meses de estado de cuenta(s) de su banco(s), incluir todas la paginas del estado de cuenta(s) para su cuenta de cheques y un mes para se cuenta de ahorros.
- Una carta de pre-aprobación de su prestamista.

Si el solicitante es empleado por si mismo, por favor incluir los últimos tres años de impuestos, ganancias actuales y estado de perdidas, los cuales serán usados para calcular el ingreso total de la familia.

Una vez que nosotros recibamos todo lo que se le pide en esta solicitud, su elegibilidad para el programa será determinada y le enviaremos una carta para notificarle si es elegible o no.

Por favor, indique Raza de Cabeza de Familia.

Categoría Étnica*	Seleccione Uno
Hispano o Latino	
No Hispano o Latino	
Categoría de Raza*	Seleccione los que apliquen a Usted

Indio Americano o Originario de Alaska	
Asiático	
Negro o Africano Americano	
Originario de Hawaii o Otra Isla del Pacifico	
Blanco	
Otro	

Las dos categorías étnicas de las cuales usted deber escoger una se definen en lo siguiente.

1. Hispano o Latino. Son aquellas personas de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro América, o otra cultura de origen Española, no importa la raza. El termino "Origen Hispano" puede ser usado junto con "Hispano" o "Latino."
2. No Hispano o Latino. Aquellas personas que no sean de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro América, o otra cultura Española, no importa la raza.

Las otras cinco categorías raciales se definen abajo. **Seleccione lo que aplica a usted.**

1. **Indio Americano o Originario de Alaska.** Personas cuyo origen es de cualquier parte de Norte y Sur América (Incluyendo Centro América), y quienes mantienen afiliación y comunidad de su tribu.
2. **Asia.** Personas cuyo origen es de cualquier parte del Sur Oeste de Asia, o sub-continente de la India incluyendo, por ejemplo, Kampuchea, China, India, Japón, Korea, Malasia, Pakistán, o Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
3. **Negro o Africano Americano.** Personas cuyo origen es de cualquier grupo racial negro de África. Términos como "Haitiano" o "Negro" pueden ser usados con "Negro" o "Africano Americano."
4. **Originario de Hawaii u otra Isla del Pacifico.** Personas cuyo origen es de cualquier parte de Hawaii, Guam, Samoa, o otra Isla del Pacifico.
5. **Blanco.** Personas cuyo origen es de cualquier parte originaria de Europa, Medio Oriente, o África Norte.

Sección de Reconocimiento

Yo certifico que esta será mi residencia primaria de ocupación.

Yo (nosotros) hemos aplicado para un préstamo hipotecario de la Ciudad de Napa (el prestamista). Aplicando para el préstamo, yo/nosotros completamos una aplicación de préstamo que contiene información sobre las calificaciones para el préstamo, incluyendo pero limitado al domicilio al corriente de la residencia, la cantidad y fuente del enganche, información de empleo e ingresos, y bienes y responsabilidades. Yo/nosotros certificamos que toda la información es verdadera y esta completa. Yo/nosotros no hicimos representaciones falsas en esta aplicación u otros documentos, ni tampoco yo/nosotros omitimos información pertinente.

Estoy al tanto que hay penalidades si intencionalmente y sabiendo da información falsa en una aplicación para Fondos Federales o Estatales. Yo entiendo que la información en esta forma es sujeto a ser verificado. Penalidades por falsificar información pueden incluir pago inmediato de todos los Fondos Federales y Estatales recibidos y/o persecución bajo la ley.

Autoridad de Viviendas de la Ciudad de Napa

1115 Seminary Street

P.O. Box 660

Napa, CA 94559

(707) 257-9543

TTY: 711

Firma de Apicante(s):

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____



State HCD
División de Asistencia Financiera

Cuidad de American Canyon

Comuníquese con: Andrea Clark
1115 Seminary Street, Napa, CA 94559
707-257-9254 Email: aclark@cityofnapa.org

Verificación de los Bienes Dispuestos

Yo/Nosotros certificamos que durante el periodo de 2 años (24 meses) anterior a la fecha de vigencia de mi certificación o recertificación de elegibilidad para la participación en el programa, Yo/nosotros ____ hemos o ____ no hemos deshecho más de \$1,000 en bienes por un valor inferior al valor justo del mercado.

Si tuvo bienes que se eliminaron por un valor del mercado menor al justo, describa:

Bienes	Fecha de Disposición
1.	
2.	
3.	

Cantidad recibida por bienes eliminados:

1. _____
2. _____
3. _____

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Cónyuge

Fecha



State HCD
División de Asistencia Financiera

Ciudad de American Canyon

Comuníquese con: Andrea Clark
1115 Seminary Street, Napa, CA 94559
707-257-9254 Email: aclark@cityofnapa.org

Verificación de los Bienes Dispuestos

Yo/Nosotros certificamos que durante el periodo de 2 años (24 meses) anterior a la fecha de vigencia de mi certificación o recertificación de elegibilidad para la participación en el programa, Yo/nosotros ____hemos o ____ no hemos deshecho más de \$1,000 en bienes por un valor inferior al valor justo del mercado.

Si tuvo bienes que se eliminaron por un valor del mercado menor al justo, describa:

Bienes	Fecha de Disposición
1.	
2.	
3.	

Cantidad recibida por bienes eliminados:

1. _____
2. _____
3. _____

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Cónyuge

Fecha

**HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF NAPA
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM**

Date: _____

Re: _____ Social Security Number: _____

1. Employed since _____ Occupation _____

2. SALARY: Gross pay received per month \$ _____ # of Paychecks a Year _____

Or

Base Rate \$ _____ per hour; or \$ _____ Week; or \$ _____ Month

No. Regular work Hours per week _____ at base pay rate: _____

Total pay anticipated in the next 12 months \$ _____

Overtime pay rate: \$ _____ / Hour

Expected Weekly average number of Over Time hours
next 12 months _____

Overtime for past 12 months \$ _____

Date present rate became effective _____

Date Anticipated salary increase? _____ Anticipated Amount: \$ _____

Any other compensation not included above (specify for commissions, bonuses, meals, tips etc):

For _____ \$ _____ per _____

3. Is pay received for vacation? Yes No Number of days per year? _____

Is pay received for sick leave? Yes No Number of days per year? _____

4. Total pay received during past 12 months \$ _____

5. Does Employee have access to retirement account? Yes No If yes, what amount
can they access: \$ _____

6. Termination date: _____

Employer Name: _____ Signature _____

Date _____ Title _____

By: _____ Date: _____
Employee –

VERIFICATION OF: Assets on Deposit

<p>HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF NAPA P.O. BOX 660 NAPA, CA 94559</p> <p>AUTHORIZATION: Federal Regulations require us to verify Assets on Deposit of all members of the household applying for participation in the HOME Program which we operate and to re-examine this income periodically. We ask your cooperation in supplying this information. This information will be used only to determine the eligibility status and level of benefit of the household.</p> <p>Your prompt return of the requested information will be appreciated. A self-addressed return envelope is enclosed.</p>	Checking Account No. _____ _____	Average Monthly Balance for Last 6 Months _____ _____	Current Interest rate _____ _____		
	Savings Account No. _____ _____	Current Balance _____ _____	Current Interest Rate _____ _____	Current Interest Rate _____ _____	
	Certificate of Deposit Account No. _____ _____	Amount _____ _____	Withdrawal Penalty _____ _____		
Retirement Savings (IRA, Keogh, 401(k))	Account No. _____ _____	Amount _____ _____	Withdrawal Penalty _____ _____	Current Interest Rate _____ _____	
Money Market Funds	Money Market Funds _____ _____	Amount (Average 6-month Balance) _____ _____	Interest Rate _____ _____		
<p>RELEASE: I hereby authorize the release of the requested information.</p> <p>(Signature of Applicant)</p> <p>Date: _____</p> <p>Or a copy of the executed "HOME Program Eligibility Release Form," which authorizes the release of the information requested, is attached.</p>	Signature of _____ or Authorized Representative _____ Title: _____ Date: _____ Telephone: _____				
<p>WARNING: Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department of the United States Government.</p>					