



Solicitud para el Programa de Ahorros Igualados

Un Programa de Foundation Communities

Para solicitarse al programa prepare el siguiente:

- Llene la solicitud entero. Asegúrese llenar todos los espacios.
- Presente una copia de UNO de los siguientes documentos:
 - Sus impuestos del año anterior
 - Las formas W2 para todos los miembros de la casa los cuales trabajan
 - Los dos sueldos mas recientes para todos los miembros de la casa los cuales trabajan
- Presente una copia de su licencia de manejar, cedula, pasaporte, o matricula consular
- Si usted no es ciudadano de los estados unidos, complete la forma W-8BEN incluida con la solicitud.
- Incluya un cheque o giro en la cantidad de \$25. Extienda el cheque a favor de Greater TEXAS Federal Credit Union. *Esta cantidad cuenta como su primer depósito, no es un pago de inscripción.*

Para finalizar el proceso de inscripción, se debe presentar en persona a los proveedores del programa como comprueba de su identidad, y debe completar la solicitud para abrir una cuenta de ahorro en el Greater TEXAS Federal Credit Union.

Para hacer una cita, por favor llámenos al (512) 610-4022 o envía un email a IDA@foundcom.org

Para más información sobre el Programa de Ahorros Igualados, por favor, visite nuestra página web: www.foundcom.org



El Programa de Ahorros Igualados

Solicitud

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a esta forma o el programa de Ahorros Igualados, por favor llámenos: (512) 610-4022 o envía un email a IDA@foundcom.org

INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | |
|---|--|---|---|
| NOMBRE: | | SEGURO SOCIAL: | |
| Apellido | Primero | Inicial | ____/____/____ |
| DIRECCIÓN: | | NUMERO DE APARTAMENTO: | FECHA DE NACIMIENTO: |
| | | | ____/____/____ |
| CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL: | APELLIDO DE SOLTERA DE SU MAMA: | | TELÉFONO: |
| | | | Día _____ Tarde _____ |
| EL NIVEL MAS ALTO DE EDUCACIÓN: | CORREO ELECTRÓNICO: | | NUMERO DE PERSONAS VIVIENDO EN SU DOMICILIO: |
| | | | ____ Adultos _____ Niños |
| SU ETNICIDAD: | | ESTADO MATRIMONIAL: | |
| ____ Africano Americano ____ Asiano ____ Caucásico ____ Hispano ____ Americano Indígena | | ____ Soltero/a ____ Casado/a ____ Separado/a ____ Divorciado/a ____ Viudo/a | |

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor llene por debajo, la información de un contacto que sea pariente o amigo familiar que podría localizarle si usted se mudara.

| | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| NOMBRE COMPLETO: | RELACIÓN: |
| | |
| DIRECCIÓN: | TELÉFONO: |
| | |
| CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL: | TELÉFONO ALTERNATIVO: |
| | |

OTRA INFORMACIÓN

| | | |
|---|----|----|
| ¿UD. O ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE SEGURO DE SALUD PRIVADO O PUBLICO? | SI | NO |
| ¿UD. O ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE SEGURO DE VIDA? | SI | NO |
| ¿UD. O ALQUIEN EN SU FAMILIA HA RECIBO ASISTENCIA DE TANF O AFDC? | SI | NO |
| ¿ESTÁ RECIBIENDO ASISTENCIA DE TANF AHORA? | SI | NO |
| ¿RECIBE BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL (SSI, RSDI)? | SI | NO |
| ¿RECIBE CUPONES PARA ALIMENTOS? | SI | NO |
| ¿PUEDE USAR DEPOSITO DIRECTO PARA SU CUENTA DE AHORROS IGUALADOS? | SI | NO |

LA INFORMACIÓN BENEFICIARIO

En caso de que yo muera, yo pido que la distribución de los ahorros en mi cuenta de ahorros igualados se beneficiará a la persona declarada abajo. Si en el momento, el individuo declarada abajo no califica para el programa por sus ingresos, o valor neto yo entiendo que sólo mis ahorros se distribuirán.

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| NOMBRE COMPLETO: | RELACIÓN: |
| | |
| DIRECCIÓN: | NUMERO DE SEGURO SOCIAL: |
| | |
| CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL: | NUMERO DE TELÉFONO: |
| | |

INFORMACIÓN DE INGRESOS Por favor, declare todos los ingresos de la casa en los espacios proveídos abajo (incluya tanto los montos como las fuentes de los ingresos). Ejemplos de fuentes de ingreso incluyen: sueldos; propinas; ingresos de su propio negocio; beneficios de discapacidad, TANF; el seguro social, la compensación de obrero, etc.

| NOMBRE DE LA PERSONA CON INGRESOS | ESTADO DE EMPLEO Tiempo completo, medio tiempo, etc. | FUENTE DE INGRESO Nombre, dirección, número de teléfono de empleado | INGRESO MENSUAL |
|-----------------------------------|---|--|-----------------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |

INFORMACIÓN DE BIENES/RECURSOS-Por favor registre todos sus bienes/recursos debajo. Algunos bienes/recursos son: bienes raíces, vehículos, cuentas de cheques o ahorros, etc.

| RECURSOS | VALOR | CANTIDAD QUE SE DEBE |
|--|-------------------|----------------------|
| ¿ES UD. DUEÑO DE UN VEHICULO? VEHICULO (1): VEHICULO(2): | (1) EXENTO (2) | (1) EXENTO (2) |
| ¿ES UD. DUEÑO DE UN NEGOCIO? (PONGA UN CIRCULO) SI NO | \$ | \$ |
| ¿ES UD. DUEÑO DE UNA CASA? SI NO | \$ | \$ |
| ¿ES UD. DUEÑO DE PROPIEDAD QUE RENTA? SI NO | \$ | \$ |
| ¿ES UD. DUEÑO DE INVERSIONES COMO ACCIONES Y BONOS? SI NO | \$ | N/A |
| ¿TIENE UD. CUENTA DE CHEQUES? SI NO | \$ | N/A |
| ¿TIENE UD. CUENTA DE AHORROS (MAS DE SU CUENTA DE AHORROS IGUALADOS)? SI NO | \$ | N/A |

DEUDAS

| DEUDA | RESPUESTA | CANTIDAD QUE SE DEBE |
|--|-------------|----------------------|
| ¿DEBE UD. DINERO A PARIENTES O AMIGOS? | ___SI ___NO | \$ |
| ¿TIENE UD. CUENTAS (LUZ, AGUA, GAS, ETC.) PASADOS? | ___SI ___NO | \$ |
| ¿TIENE UD. DEUDAS DE CUENTAS DE CREDITO, MUEBLERÍAS O OTRAS CUENTAS? | ___SI ___NO | \$ |
| ¿TIENE UD. DEUDAS DE PRESTAMOS DE ESTUDIANTES? | ___SI ___NO | \$ |
| ¿TIENE UD. DEUDAS DE HOSPITAL OR MEDICO? | ___SI ___NO | \$ |
| ¿TIENE ALGUNAS OTRAS DEUDAS? | ___SI ___NO | \$ |

Elige su meta de ventaja: (ESCOJA UNA)

LA COMPRA DE CASA

LA EDUCACION

EL NEGOCIO

¿Que es su meta mensual de ahorrar? \$ _____

Con mi firma abajo, yo afirmo que toda la información que yo he proveído en este forma es verdad según mi conocimiento.

| | |
|--|--------|
| EL NOMBRE DEL PARTICIPANTE (Por favor imprima claramente): | |
| FIRMA DEL PARTICIPANTE: | FECHA: |

El Programa de Ahorros Igualados Carta de Participación y Acuerdo

Esta carta de participación y acuerdo, entre Foundation Communities y el participante del Programa de Ahorros Igualados escrito al fondo de esta pagina (“el participante”), da los detalles y las responsabilidades de los dos lados en respecto a Foundation Communities’ Programa de Ahorros Igualados (“el programa”).

Responsabilidades de Foundation Communities

Foundation Communities esta en acuerdo:

- Administración de Finanzas Personales** - Presentar un curso sobre la administración de finanzas personales para el beneficio del participante. Foundation Communities proveerá los materiales necesarios, instrucción, y guardería para los niños, sin cobro.
- Estados de Cuenta** - Proveer el participante con un estado de cuenta preciso mensualmente, escorando los ahorros acumulados, los fondos que corresponden y la actividad de la cuenta.
- Confidencial** - Proteger la privacidad del participante asegurando información personal y financiero y guardando información confidencial dentro de Foundation Communities.
- Asistencia Individual** — Hacer disponible oportunidades para el participante de reunirse individualmente con personal del programa sobre temas (financiero, ahorros, y metas) relacionadas al programa.
- Fondos que Corresponden** - Alimentar los ahorros del participante hasta \$600 para cada año de participación en el programa (no más de \$1800 en fondos que corresponden estará añadido a la cuenta durante los 3 años del programa). a 2:1 de ahorros igualados cuando el participante esta listo, de acuerdo mutuo entre el participante y el personal del programa, comprar la meta

Responsabilidades del Participante

El Participante esta en acuerdo:

- Depósitos Mensuales** - hacer un mínimo depósito cada año de \$300 de sus ingresos de empelo (ingresos ganados por el trabajo o propio negocio)
- Administración de Finanzas Personales** — asistir un curso de Finanzas Personales presentado por Foundation Communities dentro de los 6 meses después de haber abierto la cuenta, participar en los discursos y actividades durante la clase, y completar las actividades de la tarea.
- Entrenamiento de la Ventaja Especifico** — asistir no mas de 10 horas de entrenamiento adicionales para su ventaja especifica, determinada por el personal del Programa.
- La Confidencialidad** — respetar el derecho de privacidad de todos los participantes del programa manteniendo confidencial información personal o financiera divulgada durante el curso del Programa.
- Cambia de Dirección** — Dar el personal del Programa información personal que ha cambiado — por ejemplo, cambia de dirección, cambia del numero teléfono, o cambia del información de

Comprensiones Mutuas

Foundation Communities y el Participante comprenden y están en acuerdo que:

- Retiros Calificados** — El participante entiende que los fondos que corresponden solo pueden estar retirado para la compra de las ventajas permisibles (la compra de casa, la educación o empezar o aumentar un negocio existente) y después de la finalización de todos los requisitos del programa y después de haber participado con éxito por un mínimo de 6 meses.
- Retiros de emergencia** — Los retiros de emergencia son permisibles sólo en acuerdo con el contrato y los procedimientos de retiros de emergencia del Programa.
- Terminación** — El participante entiende que las condiciones siguientes pueden servir para la terminación de su participación en el programa de Ahorros Igualados: el fracaso para encontrarse la meta del ahorro, el fracaso para seguir el horario del ahorro, el fracaso de volver a reemplazar los fondos que ha retirado dentro de un periodo de 12 meses, el fracaso de completar todos requeridos de los cursos.
- Terminación de usted mismo** — El participante pude terminar su participación en el programa cuando quiera. En este caso, el participante entiende que Foundation Communities firmará un retiro de los fondos de ahorro del Participante, más interés. El participante renunciará y perderá los fondos que corresponden.
- Propiedad de la cuenta** — las cuentas de ahorros serán poseídas entre el Participante y Foundation Communities; los dos tendrán acceso a la información sobre las actividades de la cuenta y ni Foundation Communities ni el Participante puede retirar los fondos sin el permiso escrito del otro. Foundation Communities no prohibirá el retiro de fondos por cualquier razón.
- Enmendados al acuerdo** — Ese contrato puede ser enmendado con acuerdo entre el participante y Foundation Communities.

Certificación

He leído y he entendido el contenido de este acuerdo y yo estoy de acuerdo.

La firma del Participate : _____ La fecha: _____