



**DIVISION OF HOMEOWNERSHIP**  
**MSHDA's Homeownership Counseling Program**  
**Household Profile/ Perfil del Hogar**

<b>Sección I – Debe ser completado por todos los clientes</b>				Fecha:	
Nombre del Cliente (Nombre, Inicial, Apellido):			Número de Seguro Social:		
Dirección (no use PO Box):		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Num. de teléfono de casa o celular:	Correo electrónico:		Casado(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deshabilitado(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Condado que reside el cliente:	Presente situación de alojamiento: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Rentero <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Vive con Familiares		¿Ha sido dueño solamente desde los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Por propósitos de estadísticas favor de circular o marcar la respuesta apropiada cuando esta aplique al cliente:</b>					
<b>Pertenencia étnica (Usted debe seleccionar uno)</b>		Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/>		Genero: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
<b>Raza Sencilla:</b> 1. Americano Indio / Natural de Alaska 2. Asiático 3. Americano negro/africano 4. Isleño Hawaiano/pacífico Natal 5. Blanco 6. Decidió No Responder	<b>Múltiple-Raza:</b> 1. Americano Indio / de Alaska Natal y Blanco 2. Asiático y Blanco 3. Negro/Africano Americano y Blanco 4. Amerindio / Alaska americano Natal y Negro/Africano 5. Otra Raza Múltiple		<b>Tipo de Casa:</b> 1. Adulto solo 2. Madre soltera 3. Padre soltero 4. Casados sin niños 5. Casados con niños 6. Dos o más adultos sin relación 7. Otro		
Nombre de Co-Cliente (Nombre, Inicial, Apellido):			Número de Seguro Social:		
Dirección (no use PO Box):		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Num. de teléfono de casa o celular:	Coreo electrónico:		Casado(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deshabilitado(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Condado que reside el cliente:	Presente situación de alojamiento: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Rentero <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Vive con Familiares		¿Ha sido dueño solamente desde los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Por propósitos de estadísticas favor de circular o marcar la respuesta apropiada cuando esta aplique al cliente:</b>					
<b>Pertenencia étnica (debe seleccionar uno)</b>		Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/>		Genero: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
<b>Raza Sencilla:</b> 1. Americano Indio / Natural de Alaska 2. Asiático 3. Americano negro/africano 4. Isleño Hawaiano/pacífico Natal 5. Blanco 6. Decidió No Responder	<b>Múltiple-Raza:</b> 1. Americano Indio / de Alaska Natal y Blanco 2. Asiático y Blanco 3. Negro/Africano Americano y Blanco 4. Amerindio / Alaska americano Natal y Negro/Africano 5. Otra Raza Múltiple		<b>Tipo de Casa:</b> 1. Adulto solo 2. Madre soltera 3. Padre soltero 4. Casados sin niños 5. Casados con niños 6. Dos o más adultos sin relación 7. Otro		

Nombre a **TODOS** los Miembros en la Casa en una lista incluya el Cliente y **TODAS** las fuentes de ingresos para cada miembro adulto en la casa. Incluya ingresos no salariales de niños menores no incluya ingresos salariales de niños menores. Tipos de ingresos: Salarios, Compensación del Trabajador, Beneficios de Veteranos, Paro, SSI, Beneficios de Seguridad Social, Retiro, Ayuda Pública, Beneficios Militares, Soporte de Niños, Pensión alimenticia, Otro: las cantidades deben ser divididas por categoría por cliente.

Nombre	Fecha de Nacimiento	✓ si esta embarazada	✓ si es estudiante de escuela superior	Ingreso Anual Bruto	Fuente de Ingreso Principal	Relación al cliente
		<input type="checkbox"/>				<b>Cliente</b>
		<input type="checkbox"/>				Co-Cliente
		<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>				

**Total Ingreso Familiar:**  
(Excluyendo ingresos de Niños Menores) \$

**Sección II – Complete esta sección para Consejería de Prevención de Embargo o para Consejería Nacional de Mitigación; si no aplica continúe con la Sección III:**

Nombre del Prestamista Original (Si aplica)	Número de Préstamo original (si lo tiene disponible):
---	---

Nombre de compañía de Préstamo actual:	Número de Préstamo asignado por Prestamista Actual:
--	---

Fecha en que Compró su Casa: _____	¿Aparece su Nombre en la Nota y la Hipoteca o en el Contrato de Compra Venta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------------------	---

Pago Mensual Total (PITI) al momento de entrevista inicial:	¿Cuál es su Interés Actual?
---	-----------------------------

<b>Seleccione tipo de préstamo hipotecario:</b> <input type="checkbox"/> Interés Fijo actualmente bajo 8% <input type="checkbox"/> Interés fijo a 8% o mayor <input type="checkbox"/> Ajustable actualmente menor de 8% <input type="checkbox"/> Ajustable actualmente a 8% o mayor <input type="checkbox"/> Ajustable Híbrido (2/28 o 3/27) <input type="checkbox"/> Opción Ajustable <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconozco <input type="checkbox"/> Interés solamente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Préstamo de Interés fijo FHA o VA <input type="checkbox"/> FHA o VA variable <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Seleccione la razón primordial de su atraso:</b> <input type="checkbox"/> Reducción de Ingreso <input type="checkbox"/> Poca habilidad de Manejo Financiero <input type="checkbox"/> Perdida de Ingreso <input type="checkbox"/> Razones Medicas <input type="checkbox"/> Aumento en Gastos <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte de Miembro de Familia <input type="checkbox"/> Negocio Fracasado <input type="checkbox"/> Aumento de pago Hipotecario <input type="checkbox"/> Otro  Si el tipo de préstamo en entrevista inicial es ajustable, ¿le ha ajustado el interés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Puntuación de Crédito en entrevista inicial:</b> _____ <b>Fuente Informativa:</b> TransUnion <input type="checkbox"/> EquiFax <input type="checkbox"/> Experian <input type="checkbox"/> Combinado <input type="checkbox"/>  <b>Estatus de su prestamos actualmente:</b> <input type="checkbox"/> 30-60 días tarde <input type="checkbox"/> 61-90 días tarde <input type="checkbox"/> 91-120 días tarde <input type="checkbox"/> 120 + días tarde
--	---	--

¿Total atrasado de en Hipoteca? \$ _____	¿Están los impuestos de su casa atrasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si contesto sí, ¿cual es el total atrasado? \$ _____	¿Esta el seguro de propietario atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si contesto sí, ¿cual es el total atrasado? \$ _____
---	---	--

¿Le han notificado de un día para la venta en subasta de su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesto sí, ¿cual es el día asignado para la venta? _____	¿La venta en subasta de su hogar ya paso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Ha usted declarado bancarrota en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

¿Esta usted actualmente trabajando con un abogado con respecto al atraso de su hipoteca o contrato de compra venta?  
 Sí  No

**Si contesto sí, favor de proveer información los datos de su abogado:**

**Favor de proveer la siguiente información sobre el prestamista o contratista de compraventa al cual usted le hace sus pagos actualmente:**

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico:	

**Favor de describir la circunstancia(s) ocurrida por la cual usted se atraso en su pago hipotecario o de compraventa:**

Fecha (mes/año) en la que ocurrió el evento que le llevo al atraso de su hipoteca o contrato de compraventa:	¿Cree usted que se ha recuperado de la situación antes mencionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

**Sección III – Debe ser completado para TODOS los Servicios de Consejería**

Como supo usted sobre los programas de consejería de MSHDA:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Referido por MSHDA              | <input type="checkbox"/> Referido por Agente de Bienes Raíces  | <input type="checkbox"/> Por auto remisión |
| <input type="checkbox"/> Referido del Dep. de la Familia | <input type="checkbox"/> Referido por Organización Comunitaria | <input type="checkbox"/> Radio/TV          |
| <input type="checkbox"/> Referido por prestamista        | <input type="checkbox"/> Referido por Amigo o Familiar         | <input type="checkbox"/> Otro:             |

Si el cliente va a ser dueño de casa por primera vez, ¿en que condado piensa residir?

Por este medio certifico que la información dada anteriormente es exacta y completa. Entiendo que si la información proveída es descubierta ser falsa o ser un engaño, mi participación puede ser negada o terminada.

Nombre Escrito	Firma	Fecha
Nombre Escrito	Firma	Fecha
Nombre Escrito	Firma	Fecha
Nombre Escrito	Firma	Fecha
Nombre Escrito	Firma	Fecha

<b>Section IV – To be completed by Homeownership Counselor to determine eligibility for MSHDA Homeownership Counseling Program(s).</b>	
Verified Family Income: \$	Family Maximum Income Limit: \$
Family is Eligible for Pre-Purchase Counseling: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Family is Eligible for Post-Purchase Counseling: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Agency Name:	Agency Phone Number:
Counselor Name:	Counselor Signature Verifying Information:      Date: