



**AZLAT**  
ARIZONA LOANS for ASSISTIVE TECHNOLOGY

“Independence is priceless. We make it affordable.”  
“La independencia no tiene precio. Lo hacemos asequible”

|                      |
|----------------------|
| Date Received: _____ |
| ID Number: _____     |
| _____                |
| _____                |
| _____                |

## Arizona MultiBank Solicitud de Prestamo

Toda la información en esta solicitud es estrictamente confidencial y sólo se utilizará para determinar su necesidad y capacidad para pagar este préstamo. Los prestatarios deben demostrar la capacidad de pagar el préstamo. **Cumplimentación del presente formulario no garantiza que se concederá un préstamo.**

Por favor imprimir o máquina de escribir:

- Nombre de persona con discapacidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
- Por favor marque la casilla que mejor describe la relación entre la persona con discapacidad y los prestatarios:  YO MISMO  CÓNYUGE  PADRES  NIÑO  TUTELA  OTRO SIGNIFICATIVO (especificar): \_\_\_\_\_
- Describir la discapacidad de la persona que va a utilizar el tecnología asistiva: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Explicar cómo la tecnología asistiva dispositivos/equipos afectarán a la independencia, educación o empleo (**por favor sea específico**): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Por favor, completa la información con respecto a prestatario y prestatario conjunta (si es aplicable):

|  | Prestatario   | Prestatario Conjunta                                    |
|--|---|---|
| a. Nombre  |   |   |
| b. Número de seguro social                         |   |   |
| c. Fecha de nacimiento                             | Month/day/year / /                                      | Month/day/year / /                                      |
| d. Dirección postal                                |   |   |
| e. Ciudad/Estado/Código postal                     |   |   |
| f. Teléfono  | ( )   | ( )   |
| g. Correo electrónico                              |   |   |
| h. ¿Es usted un residente de Arizona legal actual? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO |

6. Por favor, completa la información sobre el empleo para el prestatario y prestatario conjunta (si es aplicable):

|  | <b>Prestatario</b>                                      | <b>Prestatario Conjunta</b>                             |
|--|---|---|
| a. ¿Empleado?                              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b. Ocupación:                              |   |   |
| c. ¿Cuánto tiempo en esta posición actual? |   |   |
| d. Empleador principal:                    |   |   |
| e. Dirección del empleador:                |   |   |
| f. Ciudad/Estado/Código postal             |   |   |
| d. Empleador secundario:                   |   |   |
| e. Dirección del empleador                 |   |   |
| f. Ciudad/Estado/Código postal             |   |   |

7. Por favor incluya una lista de todas las fuentes actuales de ingreso mensual. Impreso verificación de ingresos debe adjuntarse a la solicitud.

|   | <b>Prestatario</b> | <b>Prestatario Conjunto</b> |
|---|--------------------|-----------------------------|
| a. Empleo (ingreso bruto)   | \$                 | \$                          |
| b. Asistencia en Efectivo (TANF)  | \$                 | \$                          |
| c. Seguro Social  | \$                 | \$                          |
| d. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)   | \$                 | \$                          |
| e. Seguridad Social de Incapacidad (SSDI)   | \$                 | \$                          |
| f. Pensión/jubilación   | \$                 | \$                          |
| g. Beneficios de discapacidad (Compensación del trabajador/privado)   | \$                 | \$                          |
| h. Compensación por desempleo   | \$                 | \$                          |
| i. ingresos de alquiler   | \$                 | \$                          |
| j. Manutención de menores (No necesita ser revelada si no desea que consideren como ingresos para el pago de esta obligación) | \$                 | \$                          |
| k. Pensión alimenticia (No necesita ser revelada si no desea que consideren como ingresos para el pago de esta obligación)    | \$                 | \$                          |
| l. ingresos por intereses   | \$                 | \$                          |
| m. Asistencia General por el estado (GA)  | \$                 | \$                          |
| n. Beneficios de Veteranos  | \$                 | \$                          |
| o. Otros: Especificar   | \$                 | \$                          |
| p. Otros: Especificar   | \$                 | \$                          |
| <b>Total combinado ingresos brutos mensuales para el Prestatario y Prestatario Conjunto</b>                                   | \$                 |                             |

8. Por favor proporcionar la verificación de las fuentes de ingresos del Prestatario y Prestatario Conjunto

|   | Prestatario   | Prestatario Conjunta                                    |
|---|---|---|
| a. Carta de declaración o la concesión de beneficios adjunta para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI/ Seguridad Social de Incapacidad (SSDI) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b. Pensión alimenticia - copia de la orden judicial adjunto   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c. Manutención de menores - copia de la orden judicial adjunto  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d. Manutención de Cónyuge - copia de la orden judicial adjunto  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| e. Si está empleado, por favor adjunta copia de talones de pago para el último tres 3 meses   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| f. Si no se dispone de ninguna otra documentación de ingresos, Por favor adjunta copia de declaraciones de impuestos para los últimos dos 2 años  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| g. Otros ingresos (especificar) _____<br>- documentación adjunto  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

9. ¿Ha presentado alguna vez en bancarrota?  SI  NO

10. En caso que si, por favor explica bajo qué circunstancias que declararse en bancarrota \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Lista totalmente los pagos mensual de todas sus obligaciones financieras, incluyendo todos los cargos de tarjeta de crédito y almacenes. Si es necesario, utilice una hoja adicional de papel.

**A. Obligaciones financieras del Prestatario:**

| Obligación                         | Acreeador y Número de Cuenta | Saldo de la Cuenta | Pago Mensual |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| Préstamo de coche                  |                              |                    |              |
| Préstamo de coche                  |                              |                    |              |
| Tarjeta de crédito                 |                              |                    |              |
| Tarjeta de crédito                 |                              |                    |              |
| Tarjeta de crédito                 |                              |                    |              |
| Tarjeta de crédito                 |                              |                    |              |
| Arrendamientos                     |                              |                    |              |
| Préstamos personales               |                              |                    |              |
| Renta/Hipoteca                     |                              |                    |              |
| Derrecho de Retención              |                              |                    |              |
| Mandato Juridico                   |                              |                    |              |
| Otros Préstamos                    |                              |                    |              |
| Otros Préstamos                    |                              |                    |              |
| <b>Pago mensual total de deuda</b> |                              |                    | <b>\$</b>    |

**B. Obligaciones financieras del Prestatario Conjunto:**

| Obligación                         | Acreeedor y Número de Cuenta | Saldo de la Cuenta | Pago Mensual |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| Préstamo de coche                  |                              |                    |              |
| Préstamo de coche                  |                              |                    |              |
| Tarjeta de crédito                 |                              |                    |              |
| Tarjeta de crédito                 |                              |                    |              |
| Tarjeta de crédito                 |                              |                    |              |
| Tarjeta de crédito                 |                              |                    |              |
| Arrendamientos                     |                              |                    |              |
| Préstamos personales               |                              |                    |              |
| Renta/Hipoteca                     |                              |                    |              |
| Derrecho de Retención              |                              |                    |              |
| Mandato Juridico                   |                              |                    |              |
| Otros Préstamos                    |                              |                    |              |
| Otros Préstamos                    |                              |                    |              |
| <b>Pago mensual total de deuda</b> |                              |                    | <b>\$</b>    |

12. Lista nombre(s) y Ubicación of your financial institution(s) and the account number(s) of your checking, savings, or other account(s):

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Nombre de Banco</b>  |   |
| <b>Ubicación</b>        |   |
| <b>Tipo de Cuenta</b>   | <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otro (especificar)_____ |
| <b>Numero de Cuenta</b> |   |
| <b>Saldo de Cuenta</b>  | <b>\$</b>   |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Nombre de Banco</b>  |   |
| <b>Ubicación</b>        |   |
| <b>Tipo de Cuenta</b>   | <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otro (especificar)_____ |
| <b>Numero de Cuenta</b> |   |
| <b>Saldo de Cuenta</b>  | <b>\$</b>   |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Nombre de Banco</b>  |   |
| <b>Ubicación</b>        |   |
| <b>Tipo de Cuenta</b>   | <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otro (especificar)_____ |
| <b>Numero de Cuenta</b> |   |
| <b>Saldo de Cuenta</b>  |   |

Si no tienes una cuenta con una institución financiera, Usted entiende y acepta que abrir una cuenta con una institución financiera para la transferencia electrónica de fondos, como condición para recibir un préstamo de este programa: **Iniciales:** \_\_\_\_\_

13. ¿Existe alguna otra información sobre sus finanzas que le gustaría proporcionar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14.  ¿Pagas alquiler  Propietario de su residencia  Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

15. ¿Cuánto tiempo ha residido en dirección actual? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses  
 a. If you have lived at this address for less than one year, please explain: \_\_\_\_\_

16. Por favor incluya el nombre y número telefónico del propietario/hipotecario:  
 a. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

17. Describa el tipo de tecnología asistiva equipamiento/servicio que planea comprar(incluya el elemento específico de marcas): \_\_\_\_\_

18. Total monto solicitado por el préstamo de tecnología asistencial:

|                                     | AzLAT     | OTRO FUENTE |
|-------------------------------------|-----------|-------------|
| Equipo                              | \$        | \$          |
| Instalación                         | \$        | \$          |
| Seguro                              | \$        | \$          |
| Acuerdos de servicio                | \$        | \$          |
| Mantenimiento y reparación          | \$        | \$          |
| Evaluación y servicios de formación | \$        | \$          |
| Impuestos aplicables                | \$        | \$          |
| Otro (especificar)                  | \$        | \$          |
| <b>MONTO TOTAL SOLICITADO</b>       | <b>\$</b> |             |

19. ¿Se unirá a un vehículo este equipo?  SI  NO  
 a. ¿Esta el vehículo en su nombre?  SI  NO  
 b. ¿Esta titular de un gravamen?  SI  NO  
 En caso que si, especificar el nombre de la entidad crediticia y la cantidad del saldo pendiente.  
 c. Prestamista: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el año, marca y modelo del vehículo? Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_  
 Modelo: \_\_\_\_\_

20. ¿Cuál es el costo total de los equipos y servicios que vas a comprar? (esta cantidad puede exceder su solicitud de préstamo) \$ \_\_\_\_\_  
 a. ¿Tienes otra fuente de financiación contribuyendo hacer el compra del equipo?  
 SI  NO

21. En caso que si, especificar el fuente y monto de financiamiento:  
 Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

22. A fin de verificar el costo de la tecnología asistiva, debe adjuntar un presupuesto detallado de cada vendedor con respecto de equipo que tienes intención de comprar con este préstamo. **Initials:** \_\_\_\_\_
23. Para reformas en el hogar que cuesta más de 1 mil dólares (\$1000) se requiere tres ofertas de contratistas con licencia que (a) han demostrado experiencia en proveer el tipo de modificación solicitada (b) proporcionar un presupuesto del precio fijo, firme y (c) proporcionar un servicio llave en mano. **Initials:** \_\_\_\_\_
24. ¿Cómo aprendiste sobre el programa de AzLAT?  
 **Arizona Technology Access Program (AzTAP)**  
 **Folleto o Publicación**  
 **Centros de Vida Independiente**  
 **Organizaciones Relacionadas con la Discapacidad:** \_\_\_\_\_  
 **Amigo/Familia**  
 **Agencia Estatal/Oriveedir de Sevicios:** \_\_\_\_\_  
 **Internet**  
 **Otro:** \_\_\_\_\_

**Antes que mandar su aplicación por correo, has**

- ¿Completado todas las partes de la aplicación?
- Firmado y fechado la aplicación en donde se requieren
- ¿Adjuntos copias de todas las verificaciones de ingresos requeridos como declaración de beneficios de SSI/SSDI o carta de adjudicación, copia de orden judicial para pensión alimenticia - copia de la orden para manutención o mantenimiento de menores, impuestos, o recibos de pago?
- Cotizaciones de precios proveedor adjunto para el equipo que desea comprar
- ¿Si es aplicable Coloque tres ofertas de contratistas con licencia para reformas en el hogar en exceso de 1 mil dólares \$1000?

Mande aplicación por correo:

Martha Lewis  
Arizona Loans for Assistive Technology  
NAU IHD AzTAP  
2400 N. Central Avenue, Suite 300  
Phoenix, AZ 85004

# ARIZONA MULTIBANK

Community Development Corporation

In association with

*Arizona Loans for Assistive Technology*

## **Certificación y Autorización de Solicitud**

El abajo firmante, siendo debidamente autorizado agente y Poderdantes del prestatario propuesto, \_\_\_\_\_, se hace referencia colectivamente para como "Solicitante" pedir que acepte esta aplicación para revisión. Solicitante por la presente reconoce que la "aplicación" incluye la información aquí contenida, los adjuntos aquí y la información previamente o posteriormente proporcionada al programa Arizona Loans for Assistive Technology, ("Programa AzLAT") en nombre de banco Arizona MultiBank Community Development Corporation ("MultiBank"). El solicitante certifica que la aplicación sea precisa y completa. Solicitante entiende que cualquier inexactitud o declaración engañosa en el presente documento es causa de rechazo o rescisión de cualquier aprobación o asistencia recibida en relación con esta solicitud. Solicitante entiende que el programa AzLAT retendrá esta solicitud o no se apruebe una solicitud de préstamo del solicitante. Solicitante se compromete a notificar el programa AzLAT, por escrito, de cualquier cambio de nombre, dirección o empleo.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Solicitante autoriza el programa AzLAT para comprobar el historial crediticio del solicitante y realizar todas las consultas necesarias en nombre del solicitante para verificar la exactitud de la información, el solicitante proporcionó al programa AzLAT. La información obtenida se utilizará para revisar y aprobar o negar la solicitud de crédito.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Solicitante entiende que la emisión de un préstamo no implica ningún tipo de garantía por el programa de AzLAT o MultiBank en el dispositivo o equipo comprado con préstamo procede. Por lo tanto, solicitante no puede hacer ninguna reclamación contra el programa de AzLAT o MultiBank para cualquier defecto en el dispositivo o equipo, o cualquier accidente o lesiones resultantes de su uso.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Porque el programa de AzLAT garantiza el préstamo del solicitante de MultiBank, solicitante debe predeterminado en el préstamo y AzLAT programa hace que un pago en nombre del solicitante, ya sea parcial o en su totalidad, solicitante entiende que solicitante está obligado a pagar esa cantidad de dinero para el programa AzLAT.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Solicitante adicional autoriza el programa AzLAT o MultiBank, como lo considere apropiado, para obtener o equipar y suelte toda o una parte de esta aplicación a todas las fuentes de asistencia financiera o técnica, en sus esfuerzos por promover y tomar una decisión sobre esta aplicación para asistencia. Solicitante más acepta que el programa AzLAT o MultiBank no será responsable para cualquier ayuda o Consejo dado por cualquier dicha entidad de referencia. Además se entiende que el programa de AzLAT o MultiBank se llevan a cabo sin responsabilidad por cualquier pérdida alguna que pudiera incurrir por solicitante en cualquier relación personal que pueda establecerse en cualquier actividad solicitante debe comprometerse en lo sucesivo.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Solicitante más acepta que el programa AzLAT o MultiBank no será responsable para cualquier ayuda o Consejo dado por cualquier dicha entidad de referencia. Además se entiende que el programa de AzLAT

o MultiBank se llevan a cabo sin responsabilidad por cualquier pérdida alguna que pudiera incurrir por solicitante en cualquier relación personal que pueda establecerse en cualquier actividad solicitante debe comprometerse en lo sucesivo.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Solicitante reconoce que el programa de AzLAT o MultiBank, sus directores, oficiales, empleados, auditores, abogados, agentes, incluyendo pero no limitado a, los miembros del Comité de inversión ("representantes de MultiBank") están en posesión de, o pueden acceder a información financiera o de otra relación con el solicitante, o cualquiera de los directores o garantes del solicitante, y que dicha información puede ser compartida en la consideración de esta aplicación. Solicitante presta su consentimiento para la divulgación de dicha información entre representantes de MultiBank y lanza el programa AzLAT, MultiBank y MultiBank representantes de cualquiera y todas las reclamaciones y causas de acción que el solicitante pueda tener contra el programa AzLAT, MultiBank o representantes de MultiBank derivados de dicha divulgación y la consideración y disposición de esta aplicación.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Solicitante por la presente reconoce que el programa de AzLAT o MultiBank no garantiza ningún rendimiento específico y que cualquier aprobación estará sujeto a términos y condiciones establecidos en los documentos del préstamo ejecutado por el prestatario y MultiBank.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **iniciales:** \_\_\_\_\_

### **Prestatario**

Nombre: (Por favor imprima) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### **Prestatario Conjunta**

Nombre: (Por favor imprima) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_