

**Aplicación**

Partners In Housing  
455 Gold Pass Heights  
Colorado Springs, CO 80906  
719.473.8890

*(Cada persona necesita llenar una aplicación, si solicitan como pareja.) Si la aplicación esta incompleta o no leible puede tardar el proceso de solicitud.*

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

¿En el pasado ha solicitado a PIH?  Sí  No

Fecha de última aplicación: \_\_\_\_\_

¿Fue aceptado? \_\_\_\_\_

Si no fue aceptado por favor explique la razon: \_\_\_\_\_

**Información Demográfica**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

**Por favor diganos cómo conoció o quién lo refirió a Partners in Housing, Inc.:**

\_\_\_\_\_

**Ud es el jefe de la Familia:**  Sí  No

Si no, Nombre del jefe de Familia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**¿Ha recibido servicios con otro nombre?**  Sí  No

Si sí, escriba: Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

**Situación Matrimonial:**

Soltero(a)  Casado  Divorciado  Separado

¿Está Ud. aplicando con su esposo/a o compañero/a?  Sí  No

Si sí, nombre y apellido de Esposo/a o Compañero/a: \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Número de Seguro Social** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino

**Licencia de Manejar o Identificación del Estado:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Ciudadano del EEUU**  Sí  No **Estado Extranjero:** \_\_\_\_\_

*(Tiene que tener una licencia de manejar o una identificación del estado para ser considerado para el programa de PIH.)*

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Hispano/Latino:** Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Raza (por favor elija al menos una designación racial, elija todas que sean pertinente):**

Persona indígena de EEUU (incluyendo Alaska)  Africano-Americano  Caucásico  Asiático

Persona indígena de Hawai u otro habitante de las islas del Pacífico

**Estado Militar:** Sirvió/Sirviendo en el ejercito de EEUU (*excombatiente*):  Sí  No Antes del 2002 Si \_\_\_ No \_\_\_

**Minusválido:** ¿Tiene Ud. una condición de invalidez?  Sí  No

**Describir su situación:** ¿Esta Ud. sin hogar?  Sí  No

**Dónde quedó anoche (elija una):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apartamento o casa que compró   | <input type="checkbox"/> Hogar permanente para personas sin hogar                       |
| <input type="checkbox"/> Autobús   | <input type="checkbox"/> Prisión  |
| <input type="checkbox"/> Campando  | <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otra institución psiquiátrica          |
| <input type="checkbox"/> Carro o vehículo  | <input type="checkbox"/> Cuarto, apartamento o casa que alquila                         |
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia   | <input type="checkbox"/> Se queda/Vive en un cuarto, apartamento, o casa de su familia  |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza temporal   | <input type="checkbox"/> Se queda/Vive en un cuarto, apartamento, o casa de un amigo    |
| <input type="checkbox"/> Hospital (no psiquiátrico)  | <input type="checkbox"/> Establecimiento de tratamiento para el abuso de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel que pagó con un vale  | <input type="checkbox"/> Establecimiento de transición para personas sin hogar          |
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel que no pagó con un vale   | <input type="checkbox"/> Sitio de Transportación o Estación                             |
| <input type="checkbox"/> Cárcel  | <input type="checkbox"/> Se ha quedado de lugar en lugar                                |
| <input type="checkbox"/> Detención juvenil   | <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Domicilio de trabajadores migratorios   |   |
| <input type="checkbox"/> En la calle, debajo de un puente, etc.  |   |
| <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/> Se niega a contestar <input type="checkbox"/> Otro |   |

¿Sí tiene hogar, tiene que irse dentro de 7 días?  Sí  No

**Hace cuanto tiempo que vive allí (elija una):**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de una semana | <input type="checkbox"/> De 1 a 2 semanas   | <input type="checkbox"/> De 3 semanas a 1 mes | <input type="checkbox"/> De 2 a 3 meses |
| <input type="checkbox"/> De 4 a 6 meses      | <input type="checkbox"/> De 7 meses a 1 año | <input type="checkbox"/> Más de 1 año         |   |

**Dónde se quedó la noche anterior (elija una):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apartamento o casa que compró   | <input type="checkbox"/> Hogar permanente para los sin techo                            |
| <input type="checkbox"/> Autobús   | <input type="checkbox"/> Prisión  |
| <input type="checkbox"/> Campando  | <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro lugar psiquiátrico                |
| <input type="checkbox"/> Carro o vehículo  | <input type="checkbox"/> Cuarto, apartamento o casa que alquila                         |
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia   | <input type="checkbox"/> Se queda/Vive en un cuarto, apartamento, o casa de su familia  |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza temporal   | <input type="checkbox"/> Se queda/Vive en un cuarto, apartamento, o casa de un amigo    |
| <input type="checkbox"/> Hospital (no psiquiátrico)  | <input type="checkbox"/> Establecimiento de tratamiento para el abuso de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel que pagó con un vale                                    | <input type="checkbox"/> Establecimiento de transición para personas sin hogar          |
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel que no pagó con un vale                                 | <input type="checkbox"/> Sitio de Transportación o Estación                             |
| <input type="checkbox"/> Cárcel  | <input type="checkbox"/> Se ha quedado de lugar en lugar                                |
| <input type="checkbox"/> Detención juvenil   | <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Domicilio de trabajadores migratorios                                 |   |
| <input type="checkbox"/> En la calle, debajo de un puente, etc.                                |   |
| <input type="checkbox"/> No Saber <input type="checkbox"/> Negar <input type="checkbox"/> Otro |   |

**Numero de veces sin hogar en total (incluyendo este tiempo – elija una):**

- 0  1    2    3    4    5 a 7    8 a 10    11 o más

**Numero de veces sin hogar durante los últimos tres años (elija una):**

- 0  1    2    3    4    5 a 7    8 a 10    11 o más

**Cuanto tiempo ha estado sin hogar esta vez (elija una):**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 mes       | <input type="checkbox"/> De 1 a 3 meses | <input type="checkbox"/> De 4 a 6 meses | <input type="checkbox"/> De 7 a 11 meses |
| <input type="checkbox"/> De 12 meses a 2 años | <input type="checkbox"/> De 3 a 5 años  | <input type="checkbox"/> De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> Más de 10 años  |

**Razones porque Ud. esta sin hogar (Usted puede elegir más de una):**

- Abuso o violencia en la casa
- Problemas con el abuso de alcohol/drogas
- Le pidieron que se fuera del hogar
- Crédito malo
- No puede pagar las utilidades
- Salio de cuidado de crianza temporal
- Salio de la cárcel
- Salio de las prisión
- Enfermedad personal o de un familiar
- Problemas legales
- Perdió SU trabajo/no puede obtener trabajo
- Gastos medicos
- Enfermedad mental
- Se mudo para buscar trabajo
- Problemas con los beneficios públicos
- Problemas con las relaciones o ruptura en la familia
- Razones en relación a orientación sexual
- No puede pagar la renta/hipoteca
- Otro \_\_\_\_\_

**Última dirección permanente (donde vivió 90 días o más):**

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código postal: \_\_\_\_\_ Tiempo que vivio ahí desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Escribe todos los estados donde vivió desde que tenía 18 años:

Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

**Empleo:**

¿Tiene trabajo ahora?:  Sí  No  
¿Cuántas horas trabajo en la última semana?: \_\_\_\_\_ ¿Dónde?: \_\_\_\_\_  
Tipo de trabajo:  Permanente  Temporero  De Temporada  Por contrato  
¿Si no tiene trabajo, esta Ud. buscando trabajo?:  Sí  No  
¿Si no tiene trabajo, cuáles son las fechas de su trabajo previo?: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_  
Si no tiene trabajo explique porque: \_\_\_\_\_

**Ingresos de trabajo u otras fuentes:**

¿Recibió ingresos de trabajo el último mes?:  Sí  No  
Ingresos por trabajo en dólares: \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos recibidos de otras fuentes:**  Sí  No

1) Por desempleo:	\$ _____	9) Beneficios de jubilación:	\$ _____
2) Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI):	\$ _____	10) Pensión de veterano:	\$ _____
3) Seguro Social por una incapacidad:	\$ _____	11) Pensión de trabajo previo:	\$ _____
4) Pago de desabilitacion por veteranos:	\$ _____	12) Ayuda Infantil:	\$ _____
5) Seguro Privado de Incapacidad:	\$ _____	13) Pensión alimenticia:	\$ _____
6) Indemnización laboral:	\$ _____	14) Ayuda a los necesitados o los minusválidos	\$ _____
7) Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF):	\$ _____	15) Pensión de vejez (OAP)	\$ _____
8) Asistencia general:	\$ _____	16) Otras fuentes:	\$ _____
		Describe: _____	\$ _____

**Beneficios Inefectivos:**

	<b>Elegible</b>	<b>Aplicación sometido</b>	<b>Reciba ahora</b>	<b>Recipiente previo</b>
Cupones para alimentos: <b>Cantidad \$</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de Asistencia para el cuidado de Niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda para mujeres, infantes y niños (WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios médicos de Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TANF Servicios de cuidado niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TANF Servicios de Transportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TANF Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de alquiler, Sección 8, Vales de Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayuda de asistencia para casa con otra agencia: \_\_\_\_\_

Otras fuentes de beneficios: \_\_\_\_\_

**Educación:**

Esta asistiendo a la escuela ahora:  Sí  No

Esta estudiando para obtener un título o certificación:  Sí  No

¿Tiene una certificación profesional o de aprendizaje?:  Sí  No

El nivel mas alto de educación que ha obtenido (*elija una*):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No educación                | <input type="checkbox"/> Preescolar a Cuarto | <input type="checkbox"/> Quinto o Sexto | <input type="checkbox"/> Séptimo o Octavo           |
| <input type="checkbox"/> Noveno                      | <input type="checkbox"/> Décimo              | <input type="checkbox"/> Decimoprimer   | <input type="checkbox"/> Decimosegundo, sin diploma |
| <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior | <input type="checkbox"/> GED                 | <input type="checkbox"/> Postsecundario |   |

Títulos recibidos (*elija todos los que haya completado*):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Título o certificación técnico | <input type="checkbox"/> Grado Asociado               | <input type="checkbox"/> Barchillerato |
| <input type="checkbox"/> Grado de maestría              | <input type="checkbox"/> Doctorado sin tesis          | <input type="checkbox"/> Doctorado     |
| <input type="checkbox"/> Post-Doctoral trabajo          | <input type="checkbox"/> Otro licenciado de postgrado |  |

**Niños** (*menores de edad hasta la edad de 17 años*):

Nombre y Apellido	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Raza	Nombre de Escuela/ Guardería	Num. de Seguro Social	Nombre del otro padre
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Numero de niños en total: \_\_\_\_\_

Para el o los niño(s) de **edades entre 4-17** que no esta(n) en la escuela, ¿por qué? (*puede elegir más de una*):

- Ninguna
- Requisitos de residencia
- Disponibilidad de expediente escolar
- Partida de nacimiento
- Requisitos de custodia legal
- Transportación
- Falta de programas para preescolares
- Requisitos de inmunización
- Requisitos de examen físico
- Otro \_\_\_\_\_

Si es menor de 4 años, ¿por qué no esta en la guardería? (*Puede elegir más de una*):

- Gasto o no tiene el dinero
- No cualifica para CCAP
- Disponibilidad de expediente escolar
- No se quiere matricular
- Requisitos de custodia legal
- Transportación
- Falta de programas abiertos
- Requisitos de inmunización
- Requisitos de examen físico
- Otro \_\_\_\_\_

¿Quién tiene custodia de los hijos? : \_\_\_\_\_ ¿Dónde vive(n)?: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o el otro padre derechos de visitar?:  Sí  No

¿Si sí, con qué frecuencia y dónde ocurre?: \_\_\_\_\_

¿Hay preocupación de seguridad? Si sí, explique por favor: \_\_\_\_\_

¿Ha sido investigado Ud. por abuso o negligencia de niños?:  Sí  No Si sí, escriba las fechas: \_\_\_\_\_

Si, sí explique el incidente: \_\_\_\_\_

Nombre del asistente social de DHS: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Condado: \_\_\_\_\_ Fechas de implicación: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

**Salud de los niños**

Escriba en nombre del niño	Minusvalido	Salud General(escoja una):
Nino # 1	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pobre
Nino # 2	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pobre
Nino # 3	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pobre
Nino # 4	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pobre
Nino # 5	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pobre

**Abuso Doméstico:**

Ha experimentado abuso:  En el presente  En el pasado  Nunca

Si ha sucedido ahora o en el pasado, ¿hace cuánto?:

- directamente antes de contacto
- Hacen 24-48 horas
- La semana pasada
- El mes pasado
- Hacen 3 meses
- De 3 – 6 meses
- De 6 –12 meses
- Hace más de 1 año
- No me acuerdo

Actualmente, tiene preocupación por su seguridad:  Sí  No

**Antecedentes penales:**

¿Ha sido detenido o acusado de un crimen?  Sí  No

Si sí, anote las fecha, ciudad, condado, estado, y explique: \_\_\_\_\_

¿Está Ud. involucrado en medidas legales/ del tribunal?  Sí  No

Si sí, anote las fechas, ciudad, condado, estado, y explique: \_\_\_\_\_

**Información de Salud:**

Salud General (*elija una*):  Excelente  Muy Bien  Bien  Así Así  Malo

Esta embarazada:  Sí  No  No se  No Aplica

Si sí, cuando tendrá el bebe: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mes/día/año)

Invalidez físico:  Actualmente  En el pasado  Nunca

Si sí, qué tipo de invalidez: \_\_\_\_\_

Se anticipa que dure mucho tiempo:  Sí  No

Puede trabajar o ser re-entrenado:  Sí  No

Padece de invalidez de desarrollo:  Ahora  En el pasado  No

Si sí, qué tipo de invalidez \_\_\_\_\_

Ha sido diagnosticado con VIH/SIDA:  Sí  No  No se

Usted padece de una enfermedad crónica?  Sí  No  No se

**Abuso de Alcohol:**

a. ¿Cual fue la última vez que tomo una bebida alcohólica? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuántos tragos toma en un día? \_\_\_\_\_

c. ¿Cuántas veces ha bebido durante el último mes? \_\_\_\_\_

d. ¿Hay historia de alcoholismo en su familia? \_\_\_\_\_

e. ¿Ha sido el alcohol causa de problemas para Ud.?  Sí  No

Por favor explique: \_\_\_\_\_

f. ¿Ha sido arrestado por manejar bajo la influencia del alcohol?  Sí  No

Por favor explica: \_\_\_\_\_

g. ¿Ha participado en un programa para tratamiento del alcohol?  Sí  No

Si sí, Cuándo y Dónde: \_\_\_\_\_

**Drogas:**

a. ¿Ha usado drogas?  Sí  No

Si sí, Cuándo y Cuál(es): \_\_\_\_\_

b. ¿Hace cuándo usó drogas? \_\_\_\_\_

c. ¿Ha participado en un programa para tratamiento de drogadicción?  Sí  No

Si sí, fechas, ciudad y estado, nombre del programa: \_\_\_\_\_

d. ¿Ha sido detenido por una trasgresión en relación con las drogas?  Sí  No

Si sí, fechas, ciudad y estado, trasgresión: \_\_\_\_\_

**Historia de Salud Mental (*psiquiátrico o emocional*):**

a. ¿Recibió tratamiento para un problema emocional o desorden mental?  Sí  No

Si sí, Por favor escriba una lista de diagnósticos: \_\_\_\_\_

¿Quién es su proveedor de salud mental? \_\_\_\_\_

b. ¿Le han recetado alguna vez medicamentos para trastornos mentales, emocionales, o de comportamiento?

c.  Sí  No

Si sí, Por favor haga una lista de:

Nombre(s) de medicamento(s): \_\_\_\_\_

Fechas de cuando las tomó: \_\_\_\_\_

**RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON DETALLES:**

1. Qué pasos ha tomado, hasta ahora, para prevenir de quedarse sin hogar:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

2. Cuando tenga vivienda, cuáles son sus metas:

- 1. Metas de educación: \_\_\_\_\_
- 2. Metas de carrera: \_\_\_\_\_
- 3. Metas de su vida: \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS:** *(La información debe de ser de personas, que no son parientes de Ud. Y que podamos llamar para referencia.)*

**Encargado (Manejador)** *(Alguno dueño de Ud.):*

1) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del apartamento: \_\_\_\_\_  
 Fechas: \_\_\_\_\_

**Encargado (Manejador)** *(Alguno dueño de Ud.):*

2) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del apartamento: \_\_\_\_\_  
 Fechas: \_\_\_\_\_

YO DOY A PARTNERS IN HOUSING PERMISO PARA LLAMAR A LAS REFERENCIAS Y BUSCAR UN REPORTE DE LOS ANTECEDENTES CRIMINALES (mira la página 6, La Ley de Informe Justo de Crédito). Entiendo que sí yo no doy permiso por escrito, mi aplicación no será procesada.

\_\_\_\_\_  
**Firma de Solicitante** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Atestiguación de Información**

*Atestigo que toda la información en ésta aplicación es honesta y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que alguna distorsión intencionada de la información puede causar una decisión de no aceptarme o expulsarme del programa de vivienda de transición.*

\_\_\_\_\_  
 Firma de Solicitante \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Solicitante de letras de Molde

**CUMPLIR LAS PARTES DE LAS PÁGINAS DELANTERAS Y TRASERAS (12 PÁGINAS EN TOTAL) INCLUIR EL DE LA LEY DE INFORME JUSTO DE CREDITO & REVELACION DE CMS POR LA REGION DE PIKES PEAK. APLICACIONES INCOMPLETAS O LEIBLE SERÁ DEVUELTA.**

**Entregar aplicación cumplido a:  
Partners In Housing  
455 Gold Pass Heights  
Colorado Springs, CO 80906**

*En el menor grado posible todos los solicitantes pueden estar seguros de que su información sera tratada con confidencia y con respeto a su información personal. PIH obtendrá permiso escrito para hacer pública información, aunque este es autorizado por la ley.*

**En los pasados 10 años, en la primera página, indique los lugares que ha vivido y en la segunda página (página trasera) indique los lugares dónde ha trabajado.**

1. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

2. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

3. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

4. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

5. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

6. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

7. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

8. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

9. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

**Empleador Actual:**

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha que empezo: \_\_\_\_\_

Días y horas trabaja: \_\_\_\_\_ Sueldo: \_\_\_\_\_

**1. Empleador Previo:**

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fechas de entrada y salida: \_\_\_\_\_

Razón(es) por el cual dejo de trabajar en dicha compania: \_\_\_\_\_

**2. Empleador Previo:**

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fechas de entrada y salida: \_\_\_\_\_

Razón(es) por el cual dejo de trabajar en dicha compania: \_\_\_\_\_

**3. Empleador Previo:**

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fechas de entrada y salida: \_\_\_\_\_

Razón(es) por el cual dejo de trabajar en dicha compania: \_\_\_\_\_

**4. Empleador Previo:**

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fechas de entrada y salida: \_\_\_\_\_

Razón(es) por el cual dejo de trabajar en dicha compania: \_\_\_\_\_

**5. Empleador Previo:**

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fechas de entrada y salida: \_\_\_\_\_

Razón(es) por el cual dejo de trabajar en dicha compania: \_\_\_\_\_



**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE  
USAR O REVELAR  
SU INFORMACIÓN, Y  
CÓMO SE PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN.**

**LEA ESTA INFORMACIÓN ATENTAMENTE.**

**Fecha de entrada en vigencia: 8 de febrero de 2006**

**Nuestro deber es salvaguardar su información protegida**

**Partners In Housing** recolectará información sobre usted y su familia para brindarle servicios. Esa información va a ser entrada al sistema “Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak (CMS)”. Se nos exige proteger la privacidad de su información y identificación. Debemos informarle cómo, cuándo y por qué podemos usar o revelar alguna información que compartió con nosotros. También se nos exige cumplir con las normas de privacidad descritas en esta notificación, aunque **Partners In Housing se reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento.** Puede solicitar una copia de esta notificación de cualquier **agencia que participa de la agencia de CMA.**

### **Cómo Podemos Usar y Revelar Su Información**

Usamos y revelamos la información recopilada para hacer un informe sobre las necesidades de salud y servicios humanos en nuestra comunidad. Información personal cuál alguien puede usar para identificarse nunca usaremos para estos informes. No entregaremos su información para informe de datos nacionales. Debemos tener su consentimiento para usar o revelar su información para otros propósitos a menos que la ley nos permita o nos exija hacer uso o revelar la información sin su permiso.

### **Sus derechos con relación a su información**

- Tiene derecho a pedir información sobre las personas que vieron sus datos.
- Tiene derecho a ver su información y a cambiar lo que sea incorrecto.
- Tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento con relación a su participación en el estudio.

# El Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak

## Revelación de Información del Cliente

Este informe explica cómo se puede usar y compartir su información. También le explica cómo puede acceder a su información. Lea esta información atentamente y hacer preguntas.

### **¿Qué es el Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak?**

Es necesario para nosotros obtener información de usted y su familia para que Partners in Housing pueda darle los mejores servicios posibles. Inscríbimos esta información en un programa en la computadora llamado CMS. El programa de CMS nos deja llevar cuenta de su información y los servicios que proveemos. Muchas agencias en Colorado usan este programa para servirles a sus clientes. Administradores del sistema para CMS son limitados y solo empleados certificados por Pikes Peak United Way; Colorado Department of Human Services, Division of Supportive Housing y Homeless Programs; y Mile High United Way, tienen acceso.

## Lo que Debe Saber Antes de Firmar

La decisión para **recibir servicios** de **Partners In Housing** esta basada en las políticas de la agencia y requisitos de agencias de financiación, y no estamos obligado a explicarselos a usted.

**Según la ley, tenemos que** proteger la seguridad de su información, informarle de sus derechos, e informarle cómo mantener la seguridad de su información.

**Excepciones.** Según la ley, requerimos denunciar alguna situación en la que su vida u otras personas esten en peligro y/o una sospecha de abuso o abandono de un niño.

### **¿Qué información suya se recolectará?**

- Su nombre
- Su número de la seguro social
- Su fecha de nacimiento
- Su sexo
- Su raza/etnicidad
- Estado civil
- Los miembros de su familia
- Sus números de teléfono
- Situación de veterano militar
- Si tiene o no una discapacidad
- Su domicilio
- Tipo de vivienda
- Situación de persona sin hogar
- Razones para no tener hogar
- Ingresos del hogar
- Información laboral
- Habilidades laborales
- Información médica, salud mental, abuso de drogas y embarazo
- Antecedentes de violencia doméstica
- Servicios necesarios y previstos, y
- Resultados de los servicios prestados.

### **¿Por qué se recolecta esta información?**

- Para determinar mejor sus necesidades y las necesidades de los demás;
- Para averiguar si se satisficieron sus necesidades;
- Para mejorar la forma en que se prestan los servicios;
- Para contar la cantidad de personas incluidas en nuestro programa y los servicios hemos dado;
- Para contar la cantidad de personas que están sin hogar, o en riesgo de quedarse sin hogar o están necesitadas;
- Para averiguar cuáles son los servicios disponibles y cuáles son los otros servicios que se necesitan;
- Para brindarles un informe a las agencias que nos financian;
- Para obtener nuevos financiamientos para programas que ayuden a personas sin hogar o quienes están necesitadas; y
- Con fines de investigación sobre la falta de vivienda y otras necesidades de servicios humanos de la comunidad.

### **¿Qué sucede con su información?**

- Su información recibe un código especial que nos ayuda a identificarlo a usted solamente.
- Existen protecciones de seguridad para que su información se mantenga segura.
- Ninguna otra agencia que utilice CMS podrá ver su información sin su autorización.
- Sólo la agencia que ingrese la información y los administradores del sistema podrán verla.
- Los administradores del sistema prepararán informes para mostrar cuántas son las personas que no tienen hogar junto con las falencias que tiene el servicio. La información sobre quién es usted no se utilizará jamás en estos informes. Su información personal no se entrega al gobierno federal o a cualquier otra fuente no mencionada en este documento.
- Su información no se utilizará para cualquier otro propósito sin su consentimiento por escrito.
- Su información la mantendremos en nuestro sistema por un mínimo de siete (7) años después de que cese de recibir los servicios.

### **¿Cuáles son los riesgos?**

Si bien se han tomado precauciones para mantener la seguridad de su información, es imposible garantizar la seguridad absoluta de los datos contenidos en sus registros.

### **¿Cuáles son sus derechos?**

- Tiene derecho a preguntar sobre información pedida.
- Tiene derecho a pedir información sobre las personas que vieron sus datos.
- Puede cambiar este acuerdo en cualquier momento.
- Tiene derecho a ver su información y a cambiar lo que esta incorrecto.
- Tiene derecho a presentar una queja si considera que se violó su privacidad. Envíe la queja por escrito al:

Pikes Peak United Way  
518 North Nevada Avenue  
Colorado Springs, Colorado 80903  
Attn: Community Information Systems Manager

No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja. Puede obtener una forma de quejas de alguna agencia de CMS o de Pikes Peak United Way.

El Administrador del sistema podrá realizar cambios a este acuerdo periódicamente. Cualquier cambio que afecte su privacidad requerirá su aprobación y autorización. El Administrador del Sistema enviará un aviso con 90 días de anticipación a todos los proveedores de servicio, y llevará a cabo una reunión pública antes de aplicar cualquier cambio. El gerente a cargo de su caso hará todos los intentos que resulten razonables para comunicarse con usted, y darle una oportunidad de que revise esos cambios y/o tendrá la oportunidad en su próxima visita a la agencia.

### **Cómo comunicarse:**

Si tiene alguna pregunta sobre El Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak, o preguntas sobre sus derechos o sobre la información contenida en este formulario, llame a la División de Programas para las personas sin hogar y de apoyo a la vivienda, al 719-955-0749. El horario de oficinas es

de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Se pueden dejar mensajes en el contestador automático después de horas de oficina.

**El Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak**  
**Autorización de Revelación del Cliente**

Yo he recibido El Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak Revelación de Información del Cliente y todas de mis preguntas han sido contestadas. Partners in Housing me explicó que recogerán información mía y/o de mi familia para ayudarlos a brindarme los mejores servicios posibles. Firmar esta forma significa que yo permito a esta agencia inscribir mi información en el Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la región de Pikes Peak.

Lo siguiente ha sido explicado y mis preguntas han sido contestadas:

- Entiendo que la información en este sistema no se utilizará para negarme servicios tales como asistencia de emergencia, ayudas sociales, refugio o asistencia para la vivienda.
- Entiendo que la decisión para recibir servicios es basado en las políticas de la agencia y requisitos de agencias de financiación.
- Entiendo que este consentimiento (por escrito o ingreso directo) permite a **Partners In Housing** ingresar, ver, y actualizar información sobre mi familia y sobre mí en el sistema de CMS.
- Entiendo que ni **Partners In Housing** o el administrador del sistema de CMS jamás divulgará mi información fuera de la agencia sin mi consentimiento por escrito o en la medida que lo exija la ley.
- Entiendo que puedo firmar una solicitud por escrito para cambiar mi autorización de revelación a cualquier momento.
- Entiendo que esta revelación es válida durante siete (7) años contados a partir de la última vez que reciba servicios de la agencia.
- Entiendo que tengo derecho a ver mi archivo de CMS, a pedir que se modifiquen la información que se contiene CMS, y a obtener una copia de dicha información de la agencia por medio de solicitud escrita.
- Entiendo que la seguridad de mi archivo es protegida por la ley.

Autorización de Revelación del Cliente (elija una opción):

\_\_\_\_\_ **Partners In Housing** y intenciones para informes de la comunidad pueden usar mi información. **0**

\_\_\_\_\_ **Partners In Housing** solo puede usar mi información.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CLIENTE/TUTOR (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO DE LE AGENCIA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Los siguientes niños bajo la edad de 18 y/o dependientes adultos estan bajo esta Autorización de Revelación del Cliente.

_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION AL CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION AL CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION AL CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION AL CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION AL CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION AL CLIENTE

---

**STATE OF COLORADO  
 DIVISION OF PROPERTY TAXATION  
 DEPARTMENT OF LOCAL AFFAIRS**

**DECLARATION OF HOMELESS/ABUSED STATUS AND INCOME**  
**(TO BE COMPLETED BY RESIDENT AND RETURNED TO BUILDING MANAGER)**

**INSTRUCTIONS:**

This form is necessary for the owner of your apartment or residency to obtain exemption from property tax assessment against your unit. Please complete Sections I, II, and III and return this form along with a copy of any Federal Income Tax return you were required to file, to your building manager. If two residents live in the unit and filed jointly with the IRS, both residents may be listed on one form. Resident filing separately with the IRS must complete a separate Declaration form.

**SECTION I: HOMELESS OR ABUSED STATUS**

- A. List each person who resided in this unit on January 1st. If you are claiming to be "Homeless," read the following definitions of homeless, and choose the letter that best describes your situation immediately prior to occupying the residence. In addition, describe your specific circumstances below.
- (A) Staying in an emergency temporary shelter for the homeless.
  - (B) Staying in a place not designed for, or ordinarily used as, a regular sleeping accommodation for human beings.
  - (C) At imminent risk of homelessness because I faced immediate eviction and was unable to identify an alternative residence.
  - (D) Released from an institution for the handicapped or disabled, and was unable to identify an alternate residence.
  - (E) Resided in a homeless shelter during the 6 months prior to moving into this facility.
- B. If you are claiming to be "Abused," were you or a member of your immediate family who resides with you in this unit physically, mentally and/or emotionally injured immediately prior to occupying this residence and do you and your family reside at this facility because of this abuse? Please answer YES or NO and describe your specific circumstances below.

UNIT #	NAME & ADDRESS of RESIDENT	HOMELESS? A, B, C, D or E	ABUSED? Y or N	DEPENDENTS INCLUDED IN INCOME CALCULATION
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
Explanation of homeless or abused status:				

**SECTION II: CALCULATION OF GROSS INCOME**

If your building manager has not completed Subsection A, you must complete either Subsection B, C, D, or E in order to calculate your total actual income received for the last calendar year. If you did not file a federal income tax return, you must complete Subsection B. If you filed a federal income tax return, and you must attach a copy of your IRS return to this Declaration form.

**SECTION III: SIGNATURE AND VERIFICATION**

I (we) declare under penalty of perjury in the second degree that I (we) have examined this statement, and to the best of my (our) knowledge and belief, it is true, correct and complete.

\_\_\_\_\_  
 Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Co-Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

RESIDENTS: Return this completed form to your building manager, along with a copy of any Federal Income Tax return you were required to file.

BUILDING MANAGER: These forms are to be compiled and listed on the "List of Occupants."

**LA LEY DE INFORME JUSTO DE CREDITO  
REVELACION Y AUTORIZACION**

**Revelación:** Para evaluar su aplicación al programa de auto-suficiencia de Partners in Housing, Inc. o, si aceptara, para asistir a los altos cargos con decisiones, Partners in Housing, Inc. puede que obtenga informes de consumidor o de su historia criminal respecto a usted. Estos informes puede ser de alguna agencia que informe de los consumidores y puede tener información sobre su crédito, carácter, reputación, características personales, información médica, o modo de vida cuál se usa y se recoge para informar alguna decisión sobre su prospectiva o actual relación al programa.

Tiene algunos derechos sobre estos informes y sus usos según La Ley De Informe Justo De Crédito y como resumido en “El Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito” cuál ha sido dado a Usted.

**Autorización:** Yo autorizo a Partners in Housing, Inc. voluntariamente obtener informes de consumidor o criminal sobre mi para que se puedan tomar decisiones enterados sobre mi y sobre mi relación a Partners in Housing, Inc. propuesto o actual. La información obtenida puede ser médica. Yo admito que yo tengo derechos según La Ley De Informe Justo De Crédito incluyendo lo discutido en “El Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito” cuál yo he recibido y examinado.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de Seguridad Social

\_\_\_\_\_  Masculino     Femenino  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Numero de Licencia de Manejar , Estado

\_\_\_\_\_  
Nombre de Soltera/Alias

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Ha usado algun otro nombre

*Copia de la Agencia*

**LA LEY DE INFORME JUSTO DE CREDITO  
REVELACION Y AUTORIZACION**

**Revelación:** Para evaluar su aplicación al programa de auto-suficiencia de Partners in Housing, Inc. o, si aceptara, para asistir a los altos cargos con decisiones, Partners in Housing, Inc. puede que obtenga informes de consumidor o de criminal respecto a usted. Estos informes puede ser de alguna agencia que informe de los consumidores y puede tener información sobre su crédito, carácter, reputación, características personales, información medico, o como vivir cuál se usa para informar alguna decisión sobre su prospectiva o actual relación al programa.

Tiene algunos derechos sobre estos informes y sus usos según La Ley De Informe Justo De Crédito y como resumido en “El Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito” cuál ha sido dado a Usted.

**Autorización:** Yo autorizo a Partners in Housing, Inc. voluntariamente obtener informes de consumidor o de criminal sobre mi para que puede hacer decisiones enterados sobre mi sobre mi relación a Partners in Housing, Inc. propuesto o actual. La información obtenida puede ser medical. Yo admito que yo tengo derechas según La Ley De Informe Justo De Crédito incluyendo los discutido en “El Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito” cuál yo he recibido y examinado.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de Seguridad Social

\_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Numero de Licencia de Manejar / Estado

\_\_\_\_\_  
Nombre de Soltera/Alias

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Otras Aliases

**COPIA DE SOLICITANTE**

## Un Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito

La Ley Federal de Informe Justo de Crédito (*Fair Credit Reporting Act*, FCRA) fomenta la exactitud, justicia y privacidad de la información en los expedientes de las agencias de informe del consumidor. Existen muchos tipos de agencias de informe del consumidor, incluyendo las agencias de crédito (credit bureaus) y las especializadas (como agencias que venden información sobre historial de firma de cheques, expedientes médicos e historial de alquiler). A continuación tiene un breve resumen de sus principales derechos en virtud de la FCRA. **Para más información, incluyendo información sobre derechos adicionales, visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm) o escriba a: Consumer Response Center, Room 130-A, Federal Trade Commission, 600 Pennsylvania Ave. N.W., Washington, D.C. 20580.**

- **Deben notificarle si la información en su expediente se ha utilizado en contra de usted.** Todo aquel que utilice un informe de crédito u otro tipo de informe de consumidor para denegar su solicitud de crédito, seguro o empleo, o para emprender otra acción contra usted, debe informarle y debe darle el nombre, la dirección y el teléfono de la agencia que proporcionó esa información.
- **Tiene derecho a saber lo que está en su expediente.** Puede solicitar y obtener toda la información sobre usted en los archivos de una agencia de informe del consumidor. Deberá proporcionar identificación, que puede incluir su número de Seguro Social. En muchos casos, la divulgación de esta información será gratuita. Tiene derecho a una divulgación gratuita si:
  - una persona ha emprendido una acción adversa contra usted debido a información en su informe de crédito;
  - usted es víctima de un robo de identidad y se coloca una alerta de fraude en su expediente;
  - su expediente contiene información no exacta como resultado de fraude;
  - usted recibe asistencia pública;
  - no está empleado pero anticipa solicitar empleo en 60 días.
- Asimismo, para septiembre de 2005, todos los consumidores tendrán derecho a una divulgación cada 12 meses si así lo solicitan a cada agencia de crédito nacional y de las agencias nacionales de informe del consumidor especializadas. Para información adicional, visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm).
- **Tiene derecho a pedir su puntuación de crédito.** Las puntuaciones de crédito son resúmenes numéricos de su valía de crédito basados en información de las agencias de crédito. Puede solicitar una puntuación de crédito de agencias de informe del consumidor que crean puntuaciones o distribuyen las puntuaciones utilizadas en préstamos de bienes raíces residenciales, pero tendrá que pagar para recibirla. En algunas transacciones hipotecarias, el prestamista le dará gratuitamente información sobre su puntuación de crédito.
- **Tiene derecho a confrontar información incompleta o no exacta.** Si identifica información en su expediente que es incompleta o inexacta, y la reporta a la agencia de informe del consumidor, la agencia debe investigar a menos que su confrontación sea frívola. **Visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm) para una explicación de los procedimientos de confrontación.**
- **Las agencias de informe del consumidor deben corregir o eliminar información inexacta, incompleta o no verificable.** La información no exacta, incompleta o no verificable debe ser retirada o corregida, generalmente dentro de 30 días. No obstante, una agencia de informe del consumidor puede seguir reportando información si ha verificado su exactitud.
- **Las agencias de informe del consumidor no pueden reportar información negativa atrasada.** En la mayoría de los casos, una agencia de informe del consumidor puede no reportar información negativa ocurrida hace más de siete años, ni quiebras ocurridas hace más de 10 años.
- **El acceso a su expediente es limitado.** Una agencia de informe del consumidor puede proporcionar información sobre usted solamente a personas que realmente la necesiten - generalmente para considerar una solicitud con un acreedor, asegurador, empleador, propietario de vivienda u otro negocio. La FCRA especifica quiénes son las personas que tienen una necesidad válida de acceso.
- **Debe otorgar su consentimiento para que se envíen sus informes a empleadores.** Una agencia de informe del consumidor no puede dar información sobre usted a su empleador, o a un posible empleador, sin su consentimiento escrito previo otorgado al empleador. El consentimiento escrito generalmente no es requerido en la industria de camiones. Para más información visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm).
- **Puede limitar las ofertas “preevaluadas” de crédito y seguro que obtiene basadas en información en su informe de crédito.** Las ofertas “preevaluadas” de crédito y seguro deben incluir un número de teléfono sin cargo al que puede llamar si desea eliminar su nombre y dirección de las listas en las que se basan estas ofertas. Puede optar por no figurar en las listas de las agencias de crédito llamando al 1-888-5-OPTOUT (1-888-567-8888).
- **Puede obtener compensación de los acreedores.** Si una agencia de informe del consumidor, o en algunos casos, un usuario de informes de consumidor o proveedor de información a una agencia de informe del consumidor infringe la FCRA, usted puede presentar un pleito en un tribunal estatal o federal.

COPIA DEL SOLICITANTE