



Neighborhood Housing Services
of Los Angeles County

Formulario de Cliente

Prevención de Juicios Hipotecarios

Origen de referencia: _____

Consejero inicial: _____

NOS _____ KYHC _____ Legal _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre Inicial Apellido No. Seguro Social

Dirección Ciudad Estado Código postal

Tel. Casa Tel. Móvil Tel. Trabajo

Correo Electrónico

____ / ____ / ____ M o F
Fecha de Nacimiento Género Raza Etnicidad Lenguaje preferido

Estado de Residencia: Ciudadano de EE.UU Residente Permanente Otro ¿Veterano? Si No Discapacitado? Si No

Empleador Posición Fecha de empleo Nivel de Educación

Estado Civil # De Dependientes Personas en el Hogar \$ Ingreso Total Anual

Tipo de Hogar: Adulto Soltero Mujer Cabeza de Familia Hombre Cabeza de Familia
 Casado/a Con Dependientes Casado/a Sin Dependientes Dos o más Adultos sin parentesco Otro

Información de Co-prestatario (si es aplicable)

Relación con el Prestatario

Nombre Inicial Apellido No. Seguro Social

Marque si es la misma dirección

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Casa
 Teléfono Móvil

Numero de contacto

Correo Electrónico

____ / ____ / ____ M o F
Fecha de Nacimiento Género Raza Etnicidad Lenguaje Preferido

Estado de Residencia: Ciudadano de EE.UU Residente Permanente Otro ¿Veterano? Si No Discapacitado? Si No

Empleador Posición Fecha de empleo Nivel de Educación

Servicios Requeridos:

Prevención de Juicio Hipotecario Educación para compradores de Vivienda Educación Financiera
 Prestamos Asequibles Servicios de Construcción Servicios de Bienes Raíces Revitalización de Vecindarios

Notas del Consejero



Notificación de Omisión Prestamista **Cantidad Atrasada** **Fecha**

Notificación de Venta Fiduciaria Prestamista **Oferta Tendida** **Fecha de la Subasta**

Fecha de Compra Costo Original Valor Estimado Prestamista Original
\$ \$ \$

Casa No. de Unidades No. de Cuartos No. de Baños Pies Cuadrados
Condominio

1^{er} Préstamo **Nombre del Prestamista** Cantidad de Préstamo Termino **#de Cuenta** FHA Conv VA
 CalVet EqLn
\$

2^{do} Préstamo **Nombre del Prestamista** Cantidad de Préstamo Termino **#de Cuenta** FHA Conv VA
 CalVet EqLn
\$

3^{ro} Préstamo **Nombre del Prestamista** Cantidad de Préstamo Termino **#de Cuenta** FHA Conv VA
 CalVet EqLn
\$

1^{er} Préstamo **Pago de Préstamo** **Interés** **Reajuste de %** Fixed ARM HyBd Pay Opt Int/Only
\$ % %

2^{do} Préstamo **Pago de Préstamo** **Interés** **Reajuste de %** Fixed ARM HyBd Pay Opt Int/Only
\$ % %

3^{ro} Préstamo **Pago de Préstamo** **Interés** **Reajuste de %** Fixed ARM HyBd Pay Opt Int/Only
\$ % %

Situación de Préstamo Al Corriente 30 – 60 días 61 – 90 días 91 – 120 días 121+ días Desconocido

¿Ha hablado el Cliente con el Prestamista el los últimos 30 días? Si No

Razón principal por falta de Pago: Reducción de Ingreso Asuntos Médicos Muerte en la familia Aumento de gastos
 Escaso habilidad de Presupuesto Fracaso de Empresa Pérdida de Ingreso
 Divorcio/Separación Aumento en pago de Préstamo Otro

Tipo de asesoramiento Teléfono Cara a Cara Otro

- Yo entiendo que Neighborhood Housing Services of Los Angeles County (NHS) Y Asociados proveen asesoramiento sobre mitigación de juicio hipotecario. Después de este asesoramiento yo recibiré un plan de acción en escrito con recomendaciones sobre el manejo de mis finanzas y posiblemente una referencia a otras agencias, si es necesario.
- También entiendo que tengo el acceso y podré solicitar en cualquier momento una copia de la Póliza de Privacidad de NHS.
- Yo entiendo que Neighborhood Housing Services of Los Angeles County recibe fondos del Congreso Nacional a través del programa National Foreclosure Mitigation Counseling (NFMC) y como tal autorizo a NHS a (a) presentar mi información al programa de recolección de datos para esta subvención, (b) abrir mis archivos para ser revisados con los propósitos de monitoreo y cumplimiento del programa y (c) realizar seguimientos con migo que estén relacionados con la evaluación del programa entre ahora y Diciembre 31, 2013.
 Marque si desea rehusar proveer información para que NFMC le haga un seguimiento.
- Puedo ser referido a otros servicios de vivienda de la organización u otra agencia o agencias apropiadas que pueden ser capaz de ayudar con problemas específicos que hayan sido identificados. Entiendo que no estoy obligado a utilizar ninguno de los servicios que se me han sido ofrecidos.
- Un consejero puede responder preguntas y proporcionar información, pero no dar consejos legales. Si deseo asesoramiento legal, voy a ser referido para asistencia adecuada.
- Yo/Nosotros autorizo a NHS y sus Asociados para obtener mi/nuestro reporte de crédito(s) como parte de la accesoria a recibir.
- Los servicios de asesoramiento, productos de préstamos, viviendas accesibles y otras formas de asistencia que pueden ser ofrecidos por NHS, sus afiliados, funcionarios, empleados o agentes (servicios de afiliados) también puede ser ofrecido por otros proveedores y que está bajo ninguna obligación de aceptar servicios de afiliados.**

Firma _____

Co-prestatario _____

Plan de Acción de Propietario

Completado por Consejero

Nombre: _____
Primer Nombre Inicial Apellido

Fecha: ____/____/____

Razón principal por Falta de Pago: (Marque todas las que apliquen)

- Reducción de Ingreso Desempleo Fracaso de Empresa/negocio Asuntos Médicos
 Muerte Del Prestatario Muerte en la Familia Discapacidad Divorcio/Separación
 Aumento en pago de Préstamo Aumento de gastos Deudas Excesivas
 Escasa habilidad de Presupuesto Otro: _____

Alcance Económico:

TOTAL Excedente o (Escasez) \$ _____ Porcentaje: _____% (por debajo 31-38%)

Recomendaciones de Ingreso: (Marque todas las que apliquen)

- Horas Extras 2^{do} trabajo o trabajo Parcial Contribución Renta Ajustar Retenciones

Recomendaciones de gastos: (Marque todas las que apliquen)

- Presupuesto en tiempo de crisis Plan de reducción de deudas Plan de utilidades
 Reducir/Eliminar Gastos

Recomendaciones a seguir: (Marque todas las que apliquen)

- Modificar el Préstamo Acuerdo de pagos Plan de Pagos Reinstalación Refinanciar
 Hipoteca Invertida Venta Corta Entrega Voluntaria Bancarrota Juicio Hipotecario
 Venta Regular Reclamo Parcial KYHC

1. _____

2. _____

3. _____

Referencias: (Marque todas las que apliquen)

- Asesoramiento de Presupuesto y Crédito Manejo de Deudas Legal Bancarrota Estafa
 211 Servicios del condado

Al firmar abajo, Reconozco haber revisado este plan de acción con mi Asesor de Vivienda

Consejero

Fecha

Cliente

Fecha