

Instrucciones para completar la Solicitud de préstamo de Pennsylvania Assistive Technology Foundation PATF

Por favor tome un momento para revisar estas instrucciones para completar la solicitud de préstamo de Pennsylvania Assistive Technology Foundation (**PATF**).

Para asegurarse de que su préstamo se procesará de manera oportuna, asegúrese de **enviar toda la documentación** requerida puesto en una lista abajo.

* Se puede requerir documentación adicional.

Si una pregunta no es aplicable (**N/A**), haga una línea a través de ella o escriba "N/A" al lado de la pregunta. Esto indicará que ha leído la pregunta y no se saltó la pregunta sin darse cuenta.

- ✓ **Complete** todas las secciones aplicables de la **SOLICITUD DE PRÉSTAMO de PATF**.
- ✓ Envíe por correo, correo electrónico, fax **una cotización oficial de su vendedor**, proporcionando una lista detallada de costos y el número de teléfono y dirección del vendedor. Si compra un dispositivo de la tecnología usado de un vendedor privado, por favor incluya una carta con el precio del dispositivo.
- ✓ Envíe por correo, correo electrónico, fax su **Prueba de Ingresos** — ejemplos de prueba de ingresos incluyen:
 - Dos recibos de pago de su sueldo o declaraciones de su Patrón.
 - Declaración fiscal del IRS durante los últimos dos años (si Ud. es trabajador independiente)
 - Carta de adjudicación de Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
 - Carta de adjudicación de Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)
 - Pensión de manutención de hijos/pensión de mantenimiento: No se requiere que revele ingresos de pensión alimenticia, manutención de menores o pagos de mantenimiento separados **a menos** que use esto como una base para el reembolso
 - La prueba de ingresos del co-solicitante (si existiera)
- ✓ Envíe por correo, correo electrónico, fax **dos formas de identificación**; debe incluir al menos una identificación con fotografía.
 - Licencia de conducir con dirección actual (Identificación con fotografía)
 - Identificación con dirección actual (Identificación con fotografía)
 - Pasaporte (Identificación con fotografía)
 - Recibo de pago de teléfono o energía con dirección actual
 - Tarjeta médica
 - Tarjeta de Seguro Social
- ✓ Revise el documento adjunto "**Aviso de Derechos de Privacidad**," y escriba las iniciales de su nombre en la página seis para indicar que recibió el aviso.
- ✓ **Sólo para modificaciones de casa accesible**, complete y devuelva la forma **HMDA**.

Si su solicitud se aprueba, se expedirá el cheque del préstamo al prestatario y al vendedor/proveedor. El prestatario endosa el cheque, se lo da al vendedor o proveedor, quien depositará el cheque.

Note: PATF NO reembolsa artículos comprados previamente.

La solicitud y los documentos que apoyan la solicitud pueden ser enviados por correo, por correo electrónico o fax.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con nosotros en 888-744-1938 o por correo electrónico patf@patf.us Fax: 484-674-0510.

La dirección postal del **PATF**: 1004 West 9th Ave., 1st Floor, King of Prussia, PA 19406

SOLICITUD DE PRÉSTAMO de Pennsylvania Assistive Technology Foundation
(PATF)

Marque la opción apropiada:

- Usted está solicitando crédito individual en su propio nombre y está confiando en sus propios ingresos o activos para reembolso del crédito solicitado.
- Usted está solicitando crédito en conjunto con otra persona.

Cantidad solicitada: \$ _____

Lo que va a comprar: _____

SECCIÓN A – INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre Completo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Condado: _____

Tiempo en esta dirección: _____ Número de teléfono: _____

Dirección Electrónica: _____ Número del teléfono celular: _____

Número de seguro social: _____

Número de personas en su hogar (Parientes y no parientes): _____

Número de licencia de conducir/Identificación estatal: _____ Fecha de expedición: ____/____/____

Fecha de caducidad: ____/____/____

¿Cuál es su país de ciudadanía? _____

Estado de inmigración: ____ Ciudadano de EEUU ____ Residente permanente de EEUU ____ Otro

Dirección anterior (Si menos de dos años): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Empleador actual: _____ Número telefónico del trabajo: _____

Posición o título: _____ Años/meses empleado: _____

La dirección del empleador: _____

Empleador Anterior (Si menos de dos años): _____

Dirección del empleador anterior: _____

**SOLICITUD DE PRÉSTAMO de Pennsylvania Assistive Technology Foundation
(PATF)**

Nombre del pariente más cercano u otro contacto que no viva con usted:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

SECCIÓN B – INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (SI ES APLICABLE)

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono _____ Dirección Electrónica: _____

Tiempo en esta dirección: _____ Número de seguro social: _____

Número de licencia de conducir/Identificación estatal: _____ Fecha de expedición: ___/___/___

Fecha de caducidad: ___/___/___

¿Cuál es su país de ciudadanía? _____

Estado de inmigración: ___ Ciudadano de EEUU ___ Residente permanente de EEUU ___ Otro

Dirección anterior (Si menos de dos años): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Empleador actual: _____ Número telefónico del trabajo: _____

Posición o título: _____ Años/meses empleado: _____

La dirección del empleador: _____

Empleador Anterior (Si menos de dos años): _____

Dirección del empleador anterior: _____

Nombre del pariente más cercano u otro contacto que no viva con usted:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

SOLICITUD DE PRÉSTAMO de Pennsylvania Assistive Technology Foundation (PATF) INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (continuación)

Número de teléfono: _____

SECCIÓN C – ESTADO CIVIL

SOLICITANTE (seleccione su estado civil)

Casado Separado Soltero (incluye soltero, divorciado, viudo)

Pensión alimenticia, manutención de menores, pensión de mantenimiento: Usted no está obligado a revelar los ingresos por concepto de pensión alimenticia, manutención de menores, o pagos de mantenimiento. Sin embargo, si va a utilizar esos ingresos para el reembolso de este préstamo, por favor complete la información siguiente. **Se requerirá documentación que verifique sus ingresos.**

Pago recibido de acuerdo con: ____ Mandato Judicial ____ Acuerdo Escrito
Pensión Alimenticia mensual \$ _____ Manutención de menores mensual \$ _____
Pago de mantenimiento mensual \$ _____

CO-SOLICITANTE (seleccione su estado civil)

Casado Separado Soltero (incluye soltero, divorciado, viudo)

Pensión alimenticia, manutención de menores, pensión de mantenimiento: Usted no está obligado a revelar los ingresos por concepto de pensión alimenticia, manutención de menores, o pagos de mantenimiento. Sin embargo, si va a utilizar esos ingresos para el reembolso de este préstamo, por favor complete la información siguiente. **Se requerirá documentación que verifique sus ingresos.**

Pago recibido de acuerdo con: ____ Mandato Judicial ____ Acuerdo Escrito
Pensión Alimenticia mensual \$ _____ Manutención de menores mensual \$ _____
Pago de mantenimiento mensual \$ _____

SECCIÓN D – INFORMACIÓN DE ACTIVOS Y DEUDAS

INGRESOS DEL SOLICITANTE

Ingreso total bruto \$ _____ Semanal: ____ Mensual: ____ Anual: ____

Fuente de ingresos: _____

¿Tiene Ud. cuenta bancaria de cheques? Sí No

¿Tiene Ud. cuenta de ahorros? Sí No

ACTIVOS (Opcional): Efectivo en bancos \$ _____ Acciones/Bonos \$ _____ Cuentas del retiro \$ _____

SOLICITUD DE PRÉSTAMO de Pennsylvania Assistive Technology Foundation (PATF)

INGRESOS DEL CO-SOLICITANTE (Si es aplicable)

Ingreso total bruto \$ _____ Semanal: _____ Mensual: _____ Anual: _____

Fuente de ingresos: _____

¿Tiene Ud. cuenta bancaria de cheques? Sí No

¿Tiene Ud. cuenta de ahorros? Sí No

ACTIVOS (Opcional): Efectivo en bancos \$ _____ Acciones/Bonos \$ _____ Cuentas del retiro \$ _____

DEUDAS PENDIENTES (Incluya préstamos a plazos, tarjetas de crédito, renta, hipotecas, etc.) Utilice otro papel si es necesario.

Acreeador	Nombre de la cuenta	Deuda original	Saldo actual	Mensualidad	Atrasado? Sí /No
Renta/Hipoteca		\$	\$	\$	
Tarjetas de crédito		\$	\$	\$	
Automóvil		\$	\$	\$	
Seguro de Auto		\$	\$	\$	
Crédito estudiantil		\$	\$	\$	
Otras deudas		\$	\$	\$	
Total de deudas		\$	\$	\$	

Si usted es dueño de su casa, por favor indica el costo de los impuestos de propiedad anuales y seguro de casa. Las cantidades se pueden combinar en una cifra: \$ _____

Si esto es una solicitud de préstamo para modificaciones de casa por un valor de más de \$10,000 por favor indique el valor estimado de su casa: \$ _____

¿Es usted un co-solicitante de otro préstamo o contrato? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿para quién? _____

¿Hay algún juicio insatisfecho contra usted? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿a quién le adeuda? _____ Cantidad: \$ _____

¿Ha declarado usted bancarrota en los últimos 5 años? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿en cuál estado? _____ Año en que terminó _____

**SOLICITUD DE PRÉSTAMO de Pennsylvania Assistive Technology Foundation
(PATF)**

Authorization

Yo/Nosotros entiendo/entendemos y estoy/estamos de acuerdo que la información contenida en esta solicitud y adquirida de otra manera por PATF puede, dependiendo de la cantidad y el tipo de crédito solicitado, ser compartida con uno o varios Prestamistas (llamado aquí, "Prestamista") en relación a mi/nuestra solicitud de financiamiento.

Certificación: Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta en la fecha dada delante de mi/nuestra firma en esta solicitud y reconozco/reconocemos entender que cualquier falsificación intencional o negligente de la información contenida en esta aplicación puede resultar en responsabilidad civil y/o sanciones penales incluyendo, pero no limitado a multa o prisión, o ambas cosas en virtud de las disposiciones del Título 18, Código de los Estados Unidos, Sección 1001 y siguientes, y la responsabilidad por daños y perjuicios monetarios a PATF, a cualquier otro prestamista, sus agentes, sucesores, cesionarios, aseguradoras y cualquier otra persona quien puede sufrir cualquier pérdida debido a la dependencia por cualquier falsificación que yo/nosotros hayamos hecho en esta aplicación o de cualquier otra forma.

Firma del Solicitante

Fecha

***** Si usted tiene un Representante del Beneficiario, por favor lea la información a continuación.***

Firma del Co-solicitante (si es aplicable)

Fecha

*****Si el Representante del Beneficiario es un miembro de familia, pediremos que el miembro de familia sea un co-solicitante por el préstamo. Firmando como un co-solicitante, el representante-beneficiario está de acuerdo en ser responsable de hacer los pagos del préstamo así como él/ella haría cualquier pago de parte del beneficiario. Si el solicitante no es capaz de pagar el préstamo, el co-solicitante será responsable de pagar el resto del saldo del préstamo.***

_____ **Inicial que usted recibió una copia de la declaración de privacidad de PATF.**

SOLICITUD DE PRÉSTAMO de Pennsylvania Assistive Technology Foundation (PATF)

ANEXO

PARTE I - Persona con Discapacidad (si no es el solicitante)

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Parentesco con el solicitante: _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

PARTE II – Información sobre la Discapacidad/Asistencia de la Tecnología

Diagnóstico de la discapacidad: _____

Dispositivo/Equipo/Servicio para el préstamo solicitado: _____

Costo del Dispositivo/Equipo/Servicio: \$ _____ Cantidad de solicitud del préstamo: \$ _____

(USTED DEBE adjuntar la cotización con información detallada sobre el producto, costo y el nombre del proveedor/vendedor **A MENOS QUE** usted esté solicitando un **PRE-APROBACIÓN**).

Explique cómo esta tecnología de asistencia le ayudará con su discapacidad. ¿Cómo este dispositivo o servicio mejorará su independencia, productividad o calidad de vida?

¿Cómo se enteró acerca de la PATF? _____

¿Cómo decidió que esta es la asistencia de tecnología que necesita? (Marque todas las apropiadas)

Evaluación por un Doctor/Terapeuta Recomendado por: _____

Ha usado este dispositivo Otra (especificar): _____

¿Ha intentado otras fuentes de financiamiento para adquirir esta asistencia de tecnología?

Sí No

En caso afirmativo, todos los intentos y describa el resultado:

Asistencia Médica - Distrito Escolar - Rehabilitación Vocacional – Seguro - Medicare – Otro (especificar): _____ Describe el resultado: _____

¿Cuánto se podría pagar usted cada mes por este equipo? \$ _____

Pennsylvania Assistive Technology Foundation

CERTIFICACIÓN

Yo/nosotros entiendo/entendemos que esta es una solicitud de fondos que tendré/tendremos que pagar. Yo/nosotros autorizo/autorizamos a la Pennsylvania Assistive Technology Foundation (PATF) a revisar toda la información proporcionada y solicitar información adicional de terceros en caso necesario para verificar el contenido de esta aplicación. Toda la información es verdadera y correcta, y es proporcionada para obtener el préstamo que yo/nosotros estoy/estamos solicitando. Cualquier falsificación en cualquier parte de esta solicitud podría provocar el rechazo de la solicitud o la terminación del préstamo.

Además yo/nosotros entiendo/entendemos que el otorgamiento del préstamo no implica ningún tipo de garantía por PATF o cualquier otro prestamista con respecto a la idoneidad, condición, comerciabilidad o seguridad del dispositivo o equipo que yo/nosotros compre/compremos con el préstamo. Yo/nosotros entiendo/entendemos que yo/nosotros solos soy/somos responsable(s) de seleccionar los dispositivos o equipos a ser financiados. Por lo tanto, **YO/NOSOTROS NO PUEDO/PODEMOS HACER RECLAMACIONES CONTRA PATF O CUALQUIER PRESTAMISTA O CUALQUIERA DE SUS AGENTES, Y YO/NOSOTROS POR ESTE MEDIO LIBERO/LIBERAMOS A PATF Y CUALQUIER OTRO PRESTAMISTA, Y SUS RESPECTIVOS AGENTES, DE TODA RESPONSABILIDAD, DE LOS DEFECTOS DE CUALQUIER DISPOSITIVO O EQUIPO O CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O DAÑO RESULTANTE DE SU USO.**

Yo/nosotros también autorizo/autorizamos por este medio a PATF y cualquier prestamista a quien PATF puede remitir esta aplicación a revelar a PATF cualquier información sobre cualquiera de nosotros que el prestamista obtenga o compile que puede ser pertinente para las decisiones que PATF pueda hacer con respecto a la solicitud.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Co-solicitante (si es aplicable)

Fecha

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE PROCEDIMIENTOS PARA ABRIR UNA NUEVA CUENTA

¿Por qué estamos pidiendo esta información? Para ayudar al Gobierno a luchar contra el financiamiento del terrorismo y las actividades de lavado de dinero, la Ley Federal requiere a todas las instituciones financieras obtener, verificar y registrar información que identifique a cada persona que abre una cuenta. Lo que esto significa para usted: cuando usted abre una cuenta, le pediremos su nombre, dirección, fecha de nacimiento y otra información que nos permita identificarle. También podemos pedir ver su licencia de conducir u otros documentos de identificación.

_____ Si no se marca aquí, ningún solicitante(s) con un interés en esta cuenta es (1) o funcionario militar, gubernamental, o político mayor de otro país que no sea Estados Unidos o (2) claramente asociado con o un miembro de la familia inmediata de tal funcionario. Si está marcada, se debe identificar el nombre del funcionario de la oficina, y el país: _____

Pennsylvania Assistive Technology Foundation

AVISO DE PRIVACIDAD

Su privacidad es importante para nosotros, y mantener su confianza es una de nuestras mayores prioridades. Respetamos su derecho a mantener su información confidencial y entender su deseo de evitar eliminar solicitudes.

Estamos muy contentos de ofrecer esta política de privacidad, y esperamos que se tome unos minutos para leerlo. Usted tendrá una mejor comprensión de lo que hacemos con la información que usted nos proporciona y cómo nos esforzamos por mantener en privado y seguro.

Este aviso explica cómo coleccionamos, manejamos y revelamos la información personal sobre usted.

Información que recopilamos:

Coleccionamos la información personal no pública sobre usted de las fuentes siguientes:

- Información que recibimos de usted en solicitudes y otros formularios;
- Información sobre sus transacciones con nosotros u otros; y
- La información que recibimos de una oficina de información del consumidor.

Información podemos revelar:

No divulgamos información personal no-pública acerca de nuestros clientes o ex clientes, salvo en los casos permitidos por la ley.

Confidencialidad y Seguridad de Información Personal no pública

Confidencialidad y seguridad de su información personal no pública es de vital importancia para nosotros. Mantenemos salvaguardias físicas, electrónicas y procesales conforme a todas las leyes aplicables y normas para guardar su información personal no pública de acceso no autorizado, modificación y destrucción. Restringimos el acceso a su información personal no pública a aquellos empleados y otros partidos que deben usar la información para proporcionar servicios a usted.

Por favor inicial en la página 6 que usted recibió una copia de la declaración de privacidad de PATF.

Pennsylvania Assistive Technology Foundation

HMDA FORMA

SER COMPLETADO PARA PRÉSTAMOS PARA HACER MODIFICACIONES DE CASA.

Solicitante: _____

Co-solicitante: _____

INFORMACIÓN PARA SUPERVISIÓN DEL GOBIERNO PURPOSES (SOLICITANTE Y CO-SOLICITANTE)

La siguiente información es solicitada por el gobierno federal para ciertos tipos de préstamos relacionados con una vivienda con el fin de supervisar el cumplimiento del prestador con las leyes de divulgación de hipotecas para viviendas, oportunidad igual del crédito y vivienda. No están obligados a proporcionar esta información, pero se anima a hacerlo. Puede seleccionar una o más designaciones de "Raza". La ley establece que el prestamista no puede discriminar sobre la base de esta información, o de si se elige que le facilite. **Sin embargo, si elige no proporcionar la información, y que han hecho la solicitud en persona, bajo regulaciones federales el prestamista está obligado a observar etnia, raza y sexo sobre la base de observación visual o apellido.** Si no desea amueblar esta información, por favor compruebe abajo.

SOLICITANTE:

NO DESEO PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN

RAZA:

AMERINDIOAAMERINDIA/ NATIVO DE ALASKA
 ASIATICO
 NEGRO or AFROAMERICANO
 HAWAIANO NATAL or OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO
 BLANCO

SEXO:

HOMBRE
 MUJER

ETNIA:

HISPANO or LATINO
 NO HISPANO or LATINO

CO-SOLICITANTE:

NO DESEO PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN

RAZA:

AMERINDIOAAMERINDIA/ NATIVO DE ALASKA
 ASIATICO
 NEGRO or AFROAMERICANO
 HAWAIANO NATAL or OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO
 BLANCO

SEXO:

HOMBRE
 MUJER

ETNIA:

HISPANO or LATINO
 NO HISPANO or LATINO