



JUNTA DE COMISIONADOS DEL CONDADO

**STATE HOUSING INITIATIVES PARTNERSHIP  
(SOCIEDAD DE INICIATIVAS DE VIVIENDA  
ESTATAL, SHIP) DEL CONDADO DE LEE  
AYUDA CON EL PAGO INICIAL/COSTO DE CIERRE**

John E. Manning  
*Distrito Uno*

Cecil L.  
Pendergrass  
*Distrito Dos*

Larry Kiker  
*Distrito Tres*

Brian Hamman  
*Distrito Cuatro*

Frank Mann  
*Distrito Cinco*

Roger Desjarlais  
*Administrador  
del Condado*

Richard Wesch  
*Abogado del  
Condado*

Donna Marie  
Collins  
*Examinadora de  
Audiencias*

Estimado futuro propietario del Condado de Lee:

Gracias por consultar nos acerca del programa de asistencia con el pago inicial/costo de cierre. El proceso de solicitud de SHIP podría tomar entre **2 a 3 meses** después que toda la documentación necesaria se haya devuelto y se determine que la solicitud está completa. Los fondos están disponibles para los compradores de viviendas calificados que cumplen con los requisitos del programa, en orden de llegada.

◆ **Este programa es para la compra de viviendas recién construidas.** Una unidad que ha obtenido un Certificado de Ocupación Y que nunca ha sido ocupada se considerará una construcción nueva (las casas móviles no son elegibles).

◆ Es posible que haya una lista de espera, los fondos están disponibles en orden de llegada.

◆ Revise atentamente toda la información. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: Diane de Guzman, Asesora de Finanzas para Viviendas (239) 533-7953.

Complete los pasos siguientes:

- Comuníquese con un prestamista y determine un pago de vivienda mensual asequible, que incluya la hipoteca principal, los intereses y el seguro (PITI, por sus siglas en inglés, principal, interest, taxes and insurance).

- Comuníquese con el fabricante o corredor de bienes raíces para seleccionar una vivienda para construcción/compra. El precio máximo de compra (incluyendo el costo del terreno) no debe exceder **\$283,348**. Si usted es dueño del terreno, el valor estimado (incluyendo el terreno y la casa) no puede exceder **\$283,348**.

- Entregue la solicitud del programa SHIP (se adjunta) a su prestamista. El prestamista debe completar y devolver la solicitud al Condado.

- Dé seguimiento con su prestamista. Hay muchos pasos que se deben realizar para obtener financiamiento hipotecario. El Condado trabajará con el prestamista para asegurarse de que se entregue toda la información necesaria.

- Inscribese para participar en una clase de educación para compradores de viviendas de HUD. Esto es obligatorio para recibir los fondos de SHIP y puede recibirla en cualquiera de las siguientes agencias:

- Lee County Housing Development Corporation .....Teléfono: 239-275-5105
- Affordable Homeownership Foundation Inc. .... Teléfono: 239-689-4944
- Home Ownership Resource Center .....Teléfono: 239-768-2013
- Cape Coral Housing Development Corporation .....Teléfono: 239-471-0922
- Housing Authority of the City of Fort Myers .....Teléfono: 239-344-3220
- Royal Palm Coast REALTOR® Association .....Teléfono: 239-936-3537

- En la aprobación y cierre de su hipoteca, el Condado trabajará con el agente de cierre para desembolsar los fondos de SHIP para su nueva vivienda en el momento del cierre.

Adjuntos: Los procedimientos de SHIP, el formulario de referencia de prestamista, la lista de verificación para envío, la solicitud de asistencia para el pago inicial para la vivienda, los gastos o facturas mensuales del solicitante, la documentación del solicitante, los dependientes, la autorización para la divulgación de información, la hoja informativa de propiedad de vivienda de SHIP, los requisitos de accesibilidad de SHIP, la declaración jurada de construcción nueva, la divulgación de conflicto de interés y las verificaciones de tercera parte.

**PROCEDIMIENTOS DE SHIP EN EL CONDADO DE LEE**

Aviso: los solicitantes deben cumplir con todos los procedimientos siguientes para recibir los fondos de SHIP.

1. El prestamista debe completar, firmar, poner la fecha y devolver al Condado de Lee todas las solicitudes para asistencia de vivienda. Si una solicitud no está firmada y no tiene la fecha, será devuelta al prestamista de inmediato y se retrasará el proceso de aprobación.
2. Todas las solicitudes de SHIP deben tener firmas originales. NO se aceptarán COPIAS. (Use un bolígrafo con tinta azul para las firmas). Envíe las solicitudes a:

Departamento de Servicios Humanos y Veteranos del Condado de Lee  
2440 Thompson Street  
Fort Myers, FL 33901  
Atención: Diane de Guzman

3. La sección de autorización (parte superior) de los Formularios de Verificación de Tercera Parte deben ser firmada, con fecha y ser devuelta con la solicitud para cada miembro del hogar mayor de 18 años de edad.
4. El Condado de Lee enviará los Formularios de Verificación de Tercera Parte a todos los empleadores, bancos y otras fuentes de ingresos para todos los miembros de su hogar. El empleador, el banco u otra fuente de ingresos deben completar los Formularios de Verificación de Tercera Parte y enviarlos directamente al Condado de Lee. Una solicitud se considerará incompleta hasta que el Condado de Lee reciba los Formularios de Verificación de Tercera Parte de todas las fuentes apropiadas.
5. El Condado de Lee emitirá una carta de aprobación solo después que la solicitud completa (la cual incluye la información de Verificación de Tercera Parte) se encuentre en el archivo y que se haya determinado que el solicitante es elegible para recibir la ayuda.
6. Los cheques solamente se liberarán cuando haya una copia de la Divulgación de Cierre Final en el Archivo del Condado de Lee.
7. Los cheques se llevarán al cierre, a menos que se hayan hechos otros arreglos.
8. Antes del cierre, para aprobación, se debe enviar por correo postal, por fax (239-533-7955) o por correo electrónico (ddeguzman@leegov.com) la Divulgación de Cierre al programa SHIP del Condado de Lee.
9. Debe enviarse una copia de la primera hipoteca y de la nota; una copia de la hipoteca de SHIP y de la nota; así como la Divulgación del Cierre firmada, por fax o por correo postal al programa SHIP del Condado de Lee tan pronto como sea posible después del cierre, a menos que se haya recibido en el momento del cierre.
10. La hipoteca de SHIP y la nota se deben enviar al programa SHIP del Condado de Lee tan pronto como sea posible, después de haberlo registrado.

**AVISO:** LA PROPIEDAD QUE SE ESTÁ CONSTRUYENDO/COMPRANDO SE DEBE UBICAR EN LAS AREAS DEL CONDADO DE LEE QUE NO ESTANTAN INCORPORADOS O QUE ESTAN EN LAS CIUDADES DE BONITA SPRINGS, ESTERO, FORT MYERS BEACH O SANIBEL.

**LISTA PARA EL ENVÍO DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA CON EL PAGO INICIAL DE SHIP  
ESTOS DOCUMENTOS SE DEBEN ENVIAR CON EL PAQUETE DE SOLICITUD INICIAL**

Nombre del comprador: \_\_\_\_\_

Formulario de referencia del prestamista
Solicitud para asistencia con el pago inicial de la vivienda (3 páginas)
Gastos mensuales o facturas del solicitante
Autorización para la divulgación de información
Hoja de datos de propiedad del hogar de SHIP
Divulgación de conflictos de interés
Notificación sobre la recolección de números del seguro social
Divulgación de registros públicos
Declaración del tamaño del hogar
Formularios de verificación de tercera parte: el comprador debe firmar todos los formularios
Requisitos de accesibilidad de SHIP: deben estar firmados por el comprador y el vendedor
Copia del certificado de nacimiento donde el nombre del padre/solicitante esta listado para todos los niños
Copias de las tarjetas del seguro social de todos los miembros del hogar
Copias de la identificación con fotografía de todos los miembros adultos del hogar
Copia de la orden de manutención infantil, si corresponde
Copia de la carta de tutela ordenada por el tribunal, si corresponde
Copia del decreto de divorcio, si corresponde
Copia de la Prueba de Ciudadanía. Si corresponde, evidencia del estado de residente permanente
Copia <i>firmada</i> de la solicitud de préstamo 1003
Copia <i>firmada</i> de la estimación del préstamo
Copia <i>firmada</i> del contrato de compra/construcción
Copia del depósito de garantía
Una copia de dos (2) meses de talones de pagos más reciente
Copia de todos los documentos de ingresos (Ej.: seguro social, pensión, etc.)
Copias de dos (2) meses de los estados de cuenta bancarios más recientes verificando el efectivo disponible como cuentas de cheque, ahorros, IRA, CD, etc., incluyendo las tasas de interés de todas las cuentas
Copia de la declaración de impuestos ante el IRS más reciente (1 año), a menos que trabaje por su cuenta (2 años)
<b>Estos documentos deben enviarse antes del cierre:</b>
Copia del compromiso de la primera hipoteca/ aprobación
Copia de la valoración
Copia del certificado de educación para compradores de viviendas
Declaración jurada de nueva construcción: información que debe completar el vendedor
Certificado de ocupación

**NOTA: Las solicitudes incompletas se enviarán de vuelta al prestamista que las envía sin procesarlas.**

SHIP del Condado de Lee (239) 533-7953 o 7938  
**FORMULARIO DE REFERENCIA DEL PRESTAMISTA**

**Información del prestamista:**

El solicitante/posible prestatario identificado a continuación parece cumplir con los requisitos de elegibilidad básicos del Programa de Asistencia con el Pago Inicial de SHIP del Condado de Lee con base en la información preliminar recibida durante la solicitud de la hipoteca.

Nombre de la institución crediticia: \_\_\_\_\_

Dirección de la institución crediticia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Oficial de préstamos: \_\_\_\_\_ Procesador del préstamo: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

Direcciones de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

**Información del prestatario:**

Nombre del prestatario: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Trabajo: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Direcciones de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ingresos familiares anuales \$ \_\_\_\_\_ Activos totales del prestatario \$ \_\_\_\_\_

**Información de la propiedad:**

Dirección de la propiedad a comprar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha estimada de finalización: \_\_\_\_\_ (Mes/Año)

**Información de la hipoteca/financiamiento**

Pagos mensuales (PITI) \$ \_\_\_\_\_ Pagos de la deuda mensual actual \$ \_\_\_\_\_

Precio de compra \$ \_\_\_\_\_ Valor estimado \$ \_\_\_\_\_

Monto de la primera hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Monto de otro financiamiento \$ \_\_\_\_\_

Monto de la solicitud de asistencia de SHIP \$ \_\_\_\_\_ Fecha estimada de cierre \_\_\_\_\_

Edad de cabeza del hogar \_\_\_\_\_ Número de miembros del hogar \_\_\_\_\_ Proporciones \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Información de contacto**

Nombre y agencia del agente de ventas: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Agencia de cierre: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA ASISTENCIA CON EL PAGO INICIAL DE LA VIVIENDA**

Ingresos brutos anuales \$ \_\_\_\_\_

Tipo de asistencia : \_\_\_\_\_ Categoría de ingresos  VL  LI  MI**Información general del solicitante/cosolicitante**

	Solicitante	Cosolicitante
Nombre completo		
Número de seguro social		
Fecha de nacimiento		
Dirección:		Teléfono:
Ciudad		Estado/código postal:
Dirección de correo		Teléfono:
Ciudad		Estado/código postal:
Estado civil:		

**Otros miembros del hogar: (enumere a todos los miembros del hogar)**

Nombres	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Estudiante de tiempo completo Sí/No
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

¿El solicitante/cosolicitante es dueño/dueña de una vivienda actualmente?  Sí  No

Hipoteca/alquiler mensual: \$ \_\_\_\_\_ Actualmente

¿Tipo de unidad que comprará?  unidad existente  unidad recién construida**Información de empleo del solicitante: (enumere el empleo más reciente)**

Nombre del empleado:		Nombre del empleador:	
Puesto:		Supervisor:	
Dirección:		Tiempo de empleo:	
Teléfono:	Fax:	Tarifa de pago:	Frecuencia del pago:
Ingresos anuales (salario bruto, horas extras, propinas, bonos, etc.): \$ _____			

**Información de empleo del cosolicitante: (enumere el empleo más reciente)**

Nombre del empleado:	Nombre del empleador:	
Puesto:	Supervisor:	
Dirección:		Tiempo de empleo:
Teléfono:	Tarifa de pago:	Frecuencia del pago:
Ingresos anuales (salario bruto, horas extras, propinas, bonos, etc.): \$		

**Aviso:** Adjunte hojas adicionales según sea necesario para todos los miembros del hogar r mayores de 18 años de edad.

**Otras fuentes de ingresos** (para TODOS los miembros del hogar mayores de 18 años de edad, enumere los ingresos netos de negocios propios o alquiler, manutención infantil, pensión alimenticia, seguro social, pensión, desempleo o compensación de los trabajadores, pagos de bienestar, etc.)

Nombre	Tipo de ingresos	Ingresos brutos anuales
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
	Total \$	

**Activos e ingresos de activos** (para TODOS los miembros del hogar incluso a los menores, enumere todas las cuentas de cheques y de ahorros, IRA, CD, bonos, acciones, capital en propiedades, etc.)

Tipo de bienes	Valor del activo/Balance	Nombre del banco/N.º de cuenta
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
	Total \$	

**Etnia/necesidades especiales** (Solo para la elaboración de informes, marque todo lo que aplique solo para la cabeza del hogar):

Blanco    Negro    Hispano    Asiático/Isleño del Pacífico    Nativo Americano

Algun miembro del hogar es:   :    Anciano    Agricultor    Discapacitado    Persona sin hogar  
 Discapacitado en su desarrollo    Otro \_\_\_\_\_

**Yo/nosotros certificamos por este medio que yo/nosotros, soy/somos ciudadanos estadounidenses que tenemos un estatus migratorio elegible bajo una de las categorías establecidas en la Sección 214. (Vea 42 U.S.C. 1436a(a))**

**Yo/nosotros entendemos completamente que es un crimen federal, punible con una multa o encarcelamiento, o ambos, hacer declaraciones falsas deliberadamente en relación con cualquiera de los hechos según corresponde bajo las cláusulas del Título 18, Código de Estados Unidos, Sección 1014.**

**Yo/nosotros entendemos que el Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83. Yo/nosotros además entendemos que cualquier falsa declaración de información hecha de forma deliberada será motivo para la descalificación. Yo/nosotros certificamos que la información de la solicitud proporcionada es verdadera y completa según mi/nuestro conocimiento. Yo/nosotros aceptamos la divulgación de información con el propósito de verificar los ingresos relacionados con la determinación de mi/nuestra elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Yo/nosotros aceptamos proporcionar toda la documentación necesaria para ayudar a determinar la elegibilidad y estamos enterados de que toda la información y los documentos entregados son de dominio público.**

**Entiendo que es mi responsabilidad de reportar todos los cambios que ocurran en la composición de los miembros de mi hogar o en los ingresos por escrito, en un plazo de diez (10) días hábiles de dicho cambio. Reportaré todos los cambios hasta que se me haya dado un compromiso en escrito Y se haya firmado una Certificación de Ingresos o Resumen Financiero de CSN.**

---

Firma del solicitante

Fecha

---

Firma del cosolicitante

Fecha





**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CONDADO DE LEE**

Yo \_\_\_\_\_, el infrascrito, por este medio autorizo la divulgación sin responsabilidad ninguna, la información relacionada con mi empleo, ingresos y/o activos al Condado de Lee con el fin de verificar la información proporcionada como parte de la determinación de elegibilidad para obtener ayuda bajo el programa SHIP. Entiendo que solo pueden solicitar información necesaria para determinar la elegibilidad.

**Tipos de información a verificar:**

Entiendo que podrían solicitar mi información anterior y actual. Las verificaciones que se podrían solicitar incluyen, entre otras:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Identificación personal,  | 2. Historial de empleo,                                     |
| 3. Horas trabajadas,   | 4. Salario y frecuencia de pago,                            |
| 5. Comisiones, aumentos anticipados,   | 6. Bonificaciones,  |
| 7. Propinas  | 8. Efectivo guardado en cuentas de cheques,                 |
| 9. Efectivo guardado en cuentas de ahorros,                                  | 10. Intereses de las cuentas de cheques y ahorros,          |
| 11. Dividendos de las cuentas de cheques y ahorros,                          | 12. Acciones,   |
| 13. Bonos,   | 14. Certificate of Deposits (certificados de depósito, CD), |
| 15. Individual Retirement Accounts (cuentas individuales de jubilación, IRA) | 16. Pagos del Seguro Social                                 |
| 17. Anualidades,   | 18. Pólizas de seguro,                                      |
| 19. Fondos de jubilación,  | 20. Pensiones,  |
| 21. Beneficios por discapacidad o muerte,                                    | 22. Desempleo,  |
| 23. Compensación al trabajador o discapacidad,                               | 24. Ayuda de bienestar,                                     |
| 25. Ingresos netos de la operación de un negocio,                            | 26. Pagos de manutención infantil o pensión alimenticia     |

**Las organizaciones/personas a quienes se les podría pedir que proporcionen una verificación por escrito/oral incluyen, entre otras:**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Empleadores anteriores y actuales             | 2. Proveedores de pensión alimenticia/niños/otro tipo de apoyo       |
| 3. Bancos, instituciones financieras o de retiro | 4. Administración del Seguro Social (Social Security Administration) |
| 5. Agencia estatal de desempleo                  | 6. Administración de Veteranos                                       |
| 7. Agencia de bienestar                          | 8. Otro _____  |

**Acuerdo con las condiciones:**

Acepto que se puede usar una copia de esta autorización con los fines establecidos anteriormente. Entiendo que tengo derecho a revisar este archivo y a corregir toda la información que sea incorrecta.

Firma del solicitante	Nombre en letra de molde	Fecha
-----------------------	--------------------------	-------

Firma del cosolicitante/miembro del hogar	Nombre en letra de molde	Fecha
---	--------------------------	-------

**AVISO:** es posible que este consentimiento general no se pueda usar para solicitar una copia de la declaración de impuestos. Si necesita una, comuníquese con su oficina local de IRS para obtener el Formulario 4506 “Solicitud de una copia de la declaración de impuestos” y prepárelo y fírmelo por separado.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CONDADO DE LEE**

Yo \_\_\_\_\_, el infrascrito, por este medio autorizo la divulgación sin responsabilidad ninguna, la información relacionada con mi empleo, ingresos y/o activos al Condado de Lee con el fin de verificar la información proporcionada como parte de la determinación de elegibilidad para obtener ayuda bajo el programa SHIP. Entiendo que solo pueden solicitar información necesaria para determinar la elegibilidad.

**Tipos de información a verificar:**

Entiendo que podrían solicitar mi información anterior y actual. Las verificaciones que se podrían solicitar incluyen, entre otras:

- |  |   |
|--|---|
| 27. Identificación personal,   | 28. Historial de empleo,                                    |
| 29. Horas trabajadas,  | 30. Salario y frecuencia de pago,                           |
| 31. Comisiones, aumentos anticipados,  | 32. Bonificaciones,   |
| 33. Propinas   | 34. Efectivo guardado en cuentas de cheques,                |
| 35. Efectivo guardado en cuentas de ahorros,                                 | 36. Intereses de las cuentas de cheques y ahorros,          |
| 37. Dividendos de las cuentas de cheques y ahorros,                          | 38. Acciones,   |
| 39. Bonos,   | 40. Certificate of Deposits (certificados de depósito, CD), |
| 41. Individual Retirement Accounts (cuentas individuales de jubilación, IRA) | 42. Pagos del Seguro Social                                 |
| 43. Anualidades,   | 44. Pólizas de seguro,                                      |
| 45. Fondos de jubilación,  | 46. Pensiones,  |
| 47. Beneficios por discapacidad o muerte,                                    | 48. Desempleo,  |
| 49. Compensación al trabajador o discapacidad,                               | 50. Ayuda de bienestar,                                     |
| 51. Ingresos netos de la operación de un negocio,                            | 52. Pagos de manutención infantil o pensión alimenticia     |

**Las organizaciones/personas a quienes se les podría pedir que proporcionen una verificación por escrito/oral incluyen, entre otras:**

- |   |   |
|---|---|
| 9. Empleadores anteriores y actuales              | 10. Proveedores de pensión alimenticia/niños/otro tipo de apoyo       |
| 11. Bancos, instituciones financieras o de retiro | 12. Administración del Seguro Social (Social Security Administration) |
| 13. Agencia estatal de desempleo                  | 14. Administración de Veteranos                                       |
| 15. Agencia de bienestar                          | 16. Otro _____  |

**Acuerdo con las condiciones:**

Acepto que se puede usar una copia de esta autorización con los fines establecidos anteriormente. Entiendo que tengo derecho a revisar este archivo y a corregir toda la información que sea incorrecta.

---

 Miembro del hogar

Nombre en letra de molde

Fecha

---

 Miembro del hogar

Nombre en letra de molde

Fecha

**AVISO:** es posible que este consentimiento general no se pueda usar para solicitar una copia de la declaración de impuestos. Si necesita una, comuníquese con su oficina local de IRS para obtener el Formulario 4506 "Solicitud de una copia de la declaración de impuestos" y prepárelo y fírmelo por separado.

**HOJA DE DATOS DEL PROGRAMA DE SOCIEDAD DE INICIATIVAS DE VIVIENDA ESTATAL  
(SHIP) DEL CONDADO DE LEE PARA AYUDA CON EL PAGO INICIAL/COSTO DE CIERRE**

El Departamento de Servicios Humanos y Veteranos del Condado de Lee ofrece un programa de segunda hipoteca bajo el Programa de Sociedad de Iniciativas para Vivienda Estatal (SHIP), el cual proporciona ayuda con el pago inicial/costo de cierre para permitir que las familias elegibles en el Condado de Lee en las áreas no incorporadas o en las ciudades de Bonita Springs, Fort Myers Beach, Estero o Sanibel (no dentro de los límites de la ciudad de Fort Myers y Cape Coral) se conviertan en propietarios de vivienda. Toda la ayuda proporcionada se garantizará por medio de una segunda hipoteca sobre la propiedad que está comprando. Los fondos se reservarán en orden de solicitud para los solicitantes elegibles que recibieron compromisos de hipoteca firme de prestamistas locales. Las viviendas tienen que ser recién construidas, y tienen que haber recibido un Certificado de Ocupación Y nunca haber estado ocupadas (las casas móviles no son elegibles).

Para poder recibir esta ayuda, los compradores de viviendas aceptan ocupar la propiedad como su residencia principal, tener un contrato ejecutado de compra-venta para un hogar de una familia, una casa adosada o un condominio en las áreas no incorporadas del Condado de Lee o en las ciudades de Bonita Springs, Fort Myers Beach, Estero o Sanibel (las propiedades en los límites de la ciudad de Fort Myers y Cape Coral no son elegibles) y tener ingresos de todos los miembros del hogar brutos totales (anticipados para el próximo año) que no deben superar los límites de ingresos de **2020** establecidos a continuación:

<b>1 persona - \$38,600</b>	<b>2 personas - \$44,100</b>	<b>3 personas - \$49,600</b>	<b>4 personas - \$55,100</b>
<b>5 personas - \$59,550</b>	<b>6 personas - \$63,950</b>	<b>7 personas - \$68,350</b>	<b>8 personas - \$72,750</b>

La vivienda debe ser económica, lo que significa que los pagos mensuales de la hipoteca, incluyendo el principal los intereses, los impuestos y el seguro no exceden 30 por ciento de los ingresos anuales brutos ajustados. **Precio máximo de compra (incluyendo el valor del terreno) no debe exceder \$283,348.**

Aceptación de los términos y autorización de divulgación general por parte del solicitante:

Yo/nosotros aceptamos que esta solicitud no garantiza que será aprobado para recibir la ayuda junto con el programa de ayuda para la propiedad de vivienda de SHIP del Condado de Lee y/o un financiamiento hipotecario permanente a través del prestamista que hace esta referencia. Autorizo al prestamista o a su agente designado a divulgar cualquier información necesaria para determinar mi/nuestra elegibilidad para el programa al Departamento de Servicios Humanos y Veteranos del Condado de Lee o a los agentes nombrados por ellos. Todos los registros enviados al programa SHIP del Condado de Lee se vuelven de dominio público y están sujetos a divulgación.

---

 Firma del solicitante

Testigo

Fecha

---

 Firma del cosolicitante/miembro del hogar

Testigo

Fecha

**DIVULGACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Entiendo que debo divulgar información sobre mi relación con el Condado de Lee o con otras personas que puedan estar asociadas con el Condado si existe un conflicto de interés real o percibido debido al empleo, interés financiero o relación familiar o comercial. Yo, por lo tanto, declaro lo siguiente:

- Actualmente soy un funcionario**, empleado, miembro del consejo, comisionado, agente o representante actual del Consejo de Comisionados del Condado de Lee.

Puesto/título: \_\_\_\_\_

- Fui un funcionario**, empleado, miembro del consejo, comisionado, agente o representante del Consejo de Comisionados del Condado de Lee.

Puesto/título: \_\_\_\_\_

Fecha en que terminó el empleo/plazo: \_\_\_\_\_

- Estoy **relacionado** con o tengo negocios con un funcionario, empleado, miembro del consejo, comisionado, agente o otro representante del Consejo de Comisionados del Condado de Lee.

Su nombre es: \_\_\_\_\_

La persona está asociada con el Condado en la capacidad de: \_\_\_\_\_

La relación de la persona es la siguiente:

- Uno de los padres;  Cónyuge;  Familia inmediata;  Asociado comercial;  Otro: \_\_\_\_\_

- Según mi conocimiento, no conozco a ningún funcionario, empleado, miembro del consejo, comisionado, agente y/u otro representante del Consejo de los Comisionados del Condado de Lee que esté relacionado conmigo o con quién tengo una relación comercial.**

---

Nombre del solicitante (en letra de molde)	Firma del solicitante	Fecha
--	-----------------------	-------

---

Nombre del solicitante (en letra de molde)	Firma del solicitante	Fecha
--	-----------------------	-------

Advertencia: El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

---

---

**FOR STAFF USE ONLY**

In accordance with Federal regulations, this employee:     **Does** **OR**     **Does Not** exercise or has exercised any functions or responsibilities with respect to HUD-funded activities,

and     **Is** **OR**     **Is Not** in a position to participate in the decision making process or gain inside information regarding such activities. Therefore,

- No conflict exists, or**
- Exception to a real or perceived conflict exists and an exception will be filed.**

Signed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Condado de Lee, Florida
Departamento de Servicios Humanos y Veteranos
(239) 533-7930



NOTIFICACIÓN SOBRE LA RECOLECCIÓN DE NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL

La siguiente declaración se realiza de conformidad con el artículo 119.071(5) de los Estatutos del Estado de Florida

Los números de Seguro Social de los solicitantes y los miembros del hogar se requieren porque esta información ha sido establecida como esencial para el desempeño de las tareas y responsabilidades que la ley establece en este programa. La ley Federal y Estatal no requiere esta información; sin embargo, las verificaciones de terceros de los números de Seguro Social son necesarias para determinar elegibilidad para los servicios del programa y especialmente, para los siguientes propósitos:

- 1. Para verificar la identidad de un solicitante.
2. Para verificar la cantidad de miembros del hogar.

Un número de Seguro Social que se obtenga de acuerdo con esta notificación solo podrá ser utilizado por el Consejo de Comisionados del Condado de Lee para los propósitos que se definieron anteriormente.

Confidencialidad, excepto en circunstancias limitadas

Los números de Seguro Social no se divulgarán a otros, a menos que la ley de Florida lo requiera o autorice. El artículo 119.071(5) de los Estatutos de Florida permite la divulgación del número de Seguro Social de una persona bajo las siguientes circunstancias específicas y limitadas:

- Si expresamente se requiere la divulgación por ley del estado de Florida o ley Federal, o si es necesario que la agencia o entidad gubernamental ejecute sus acciones y responsabilidades;
• Si la persona está de acuerdo expresamente, por escrito, con esta divulgación;
• Si la divulgación se realiza para prevenir o combatir el terrorismo de acuerdo con la Ley de Patriotismo de 2001 de los Estados Unidos o la Orden Ejecutiva Presidencial 13224 (la cual bloquea a la propiedad o prohíbe las transacciones comerciales con personas que cometen, amenazan con cometer, o respaldan el terrorismo);
• Para un empleado de la agencia y sus dependientes si la divulgación es necesaria para administrar los beneficios médicos o fondos de plan de retiro de la persona, o
• Si la divulgación tiene como propósito la administración del Código de Uniforme de Comercio por medio de la oficina del Secretario de Estado.
• Si la divulgación es solicitada por una entidad comercial para usos permitidos bajo la Ley Federal de Protección a la Privacidad del Conductor de 1994, la ley Federal de Información crediticia justa o la Ley Federal de Modernización de Servicios Financieros de 1999 (por ejemplo: verificar la exactitud de la información personal proporcionada por la persona a la entidad comercial, uso de la información por un asegurador en relación con investigación de reclamos o actividades contra el fraude, o para uso relacionado con transacciones crediticias).

Reconocimiento de Recepción de la Notificación

Confirmando que me han entregado una copia de esta notificación relacionada con la recolección de mi número de Seguro Social y los números de Seguro Social de todos los miembros de mi hogar, como parte del proceso de solicitud de este programa.

Firma del Solicitante Fecha

Firma del Co-solicitante Fecha

Firma de miembro adulto del hogar Fecha

Firma de miembro adulto del hogar Fecha

**TERCERO: VERIFICACIÓN DEL EMPLEO DE LA PARTE**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos el historial de empleo y la información de los ingresos de la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la "Autorización para divulgación de información", la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cosolicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzman Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

A continuación, complete las secciones correspondientes:

**Nombre del empleador/compañía:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Solicitantes – No escriba debajo de esta línea\*\*\*\*\*

**Please provide information about anticipated employment income during the next 12 months:**

Position: \_\_\_\_\_ Length of Time Employed: \_\_\_\_\_

Pay Rate: \$ \_\_\_\_\_ Pay Frequency (Hr., Wk., Mo.): \_\_\_\_\_ # of Hours per Week: \_\_\_\_\_

Overtime Pay Rate: \$ \_\_\_\_\_ Average Overtime Hours/Wk: \_\_\_\_\_ Overtime Likely to Continue? (circle one): Yes No

Total Annual Base Pay Earnings: \$ \_\_\_\_\_ Total Overtime Base Pay Earnings: \$ \_\_\_\_\_

Amount and Frequency of Other Compensation (bonus, raise, commission, tips): \_\_\_\_\_

Vacation Pay (Y or N): \_\_\_\_\_ If yes, number of days: \_\_\_\_\_

Retirement Account (Y or N): \_\_\_\_\_ Amount Accessible to Employee: \$ \_\_\_\_\_

Total Gross Annual Income, including other compensation, for next 12 months: \$ \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Representative:

\_\_\_\_\_  
Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

**TERCERO: VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS DE ACTIVOS**  
**(Se debe llenar para todos los miembros del grupo familiar, incluso los menores)**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos la información de los ingresos de activos de la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la “Autorización para divulgación de información”, la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

**Firma del solicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

**Firma del cosolicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzman Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

A CONTINUACIÓN, COMPLETE LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES:

\*\*\*\*\*Solicitantes – No escriba más abajo de esta línea\*\*\*\*\*

Checking Account No.	Average Monthly Balance Last 6 Months	Current Interest Rate	
Savings Account No.	Current Balance	Current Interest Rate	
Money Market Account No.	Average Monthly Balance Last 6 Months	Current Interest Rate	
Certificate of Deposit No.	Amount	Current Interest Rate	Withdrawal Penalty
IRA, Keogh, Retirement Account No.	Amount	Current Interest Rate	Withdrawal Penalty
Other Account No.	Amount	Current Interest Rate	Withdrawal Penalty

Institution Name: \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Representative: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

**TERCERO: VERIFICACIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES REGULARES EN EFECTIVO DE LA PARTE**  
**(Ej.: ingresos de alquiler, ayuda familiar regular, pensión alimenticia, etc.)**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos las contribuciones en efectivo hechas a la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la "Autorización para divulgación de información", la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

Firma del solicitante	Nombre en letra de molde	Fecha

  

Firma del cosolicitante	Nombre en letra de molde	Fecha

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzman Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

A continuación, complete las secciones correspondientes:

Nombre de la persona que proporciona la contribución en efectivo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Solicitantes – No escriba debajo de esta línea\*\*\*\*\*

Type of Contribution: \_\_\_\_\_ Amount \$: \_\_\_\_\_

Frequency of contribution (circle one): \_\_\_\_\_ daily \_\_\_\_\_ weekly \_\_\_\_\_ monthly \_\_\_\_\_ yearly \_\_\_\_\_

Will payment continue over the next 12 months (circle one): \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Expected termination date of cash contributions: \_\_\_\_\_

Anticipated total cash contributions over the next 12 months \$: \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Representative:

Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.



**TERCERO: VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL DE LA PARTE**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos los ingresos de los beneficios del Seguro Social para la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la “Autorización para divulgación de información”, la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

---

<b>Firma del solicitante</b>	<b>Nombre en letra de molde</b>	<b>Fecha</b>
------------------------------	---------------------------------	--------------

---

<b>Firma del cosolicitante</b>	<b>Nombre en letra de molde</b>	<b>Fecha</b>
--------------------------------	---------------------------------	--------------

---

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzman Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

A continuación, complete las secciones correspondientes:

**A: Social Security Administration (Administración del Seguro Social); Atención: Verificaciones de beneficios**

\*\*\*\*\*Solicitantes – No escriba debajo de esta línea\*\*\*\*\*

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_

Type of Social Security Benefit: \_\_\_\_\_ Gross Monthly Amount: \$ \_\_\_\_\_

Type of Supplemental Social Security Benefit: \_\_\_\_\_ Gross Monthly Amount: \$ \_\_\_\_\_

Deduction for Medicaid: (Y or N) \_\_\_\_\_ If yes, Amount Deducted: \$ \_\_\_\_\_

Total Anticipated Gross Income for Next 12 Months: \$ \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Representative:

\_\_\_\_\_  
 Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

**TERCERO: VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS DE NEGOCIOS DE LA PARTE**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos los ingresos comerciales de la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la “Autorización para divulgación de información”, la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

---

**Firma del solicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

---

**Firma del cosolicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzman Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

\*\*\*\*\*Solicitantes – No escriba debajo de esta línea\*\*\*\*\*

Complete the applicable Sections below:

**Company Name:** \_\_\_\_\_

**Date Business Transacted from:** \_\_\_\_\_ **Gross Income:** \_\_\_\_\_

Expenses (Provide Amounts for Applicable Expenses):

**Interest on Loans:** \$ \_\_\_\_\_ **Cost of goods/materials:** \$ \_\_\_\_\_

**Rent:** \$ \_\_\_\_\_ **Utilities:** \$ \_\_\_\_\_

**Wages/Salaries:** \$ \_\_\_\_\_ **Employee Contributions:** \$ \_\_\_\_\_

**Federal Withholding Tax:** \$ \_\_\_\_\_ **State Withholding Tax:** \$ \_\_\_\_\_

**FICA:** \$ \_\_\_\_\_ **Sales Tax:** \$ \_\_\_\_\_

**Other:** \$ \_\_\_\_\_ **Other:** \$ \_\_\_\_\_

**Straight Line Depreciation:** \$ \_\_\_\_\_ **Total Expenses:** \$ \_\_\_\_\_

**Net Income:** \$ \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Representative:

Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

**TERCERO: VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE DESEMPLEO DE LA PARTE**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos los ingresos por el beneficio de desempleo para la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la “Autorización para divulgación de información”, la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

Firma del solicitante	Nombre en letra de molde	Fecha
Firma del cosolicitante	Nombre en letra de molde	Fecha

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzman Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

A continuación, complete las secciones correspondientes:

\*\*\*\*\*Solicitantes – No escriba debajo de esta línea\*\*\*\*\*

**To: Agency for Workforce Innovation; Unemployment Claims; 4530 Fowler Street; Fort Myers, FL 33901**

Name:

Are Benefits being Paid now (Y or N): \_\_\_\_\_ If Yes, Gross Weekly Payment: \$ \_\_\_\_\_

Date of Initial Payment: \_\_\_\_\_ Duration of Benefits: \_\_\_\_\_

Claimant Eligible for Future Benefits (Y or N): \_\_\_\_\_ If Yes, Provide # of Weeks: \_\_\_\_\_

If No, Provide Date of Benefits Termination or Maximum Duration of Benefits: \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Representative:

Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

**TERCERO: VERIFICACIÓN DE LOS PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL DE LA PARTE**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos los ingresos por el beneficio de desempleo para la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la “Autorización para divulgación de información”, la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

**Firma del solicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

**Firma del cosolicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzman Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

A continuación, complete las secciones correspondientes:

\*\*\*\*\*Solicitantes – No escriba debajo de esta línea\*\*\*\*\*

**To: Florida Department of Revenue; Child Support Enforcement** **Fax To: 239-278-7466**

Name of person paying child support: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Children’s Names: \_\_\_\_\_

Amount of Support \$ \_\_\_\_\_ Paid:  Weekly  Monthly  Yearly

Signature of Authorized Representative:

Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

**TERCERO: VERIFICACIÓN DE LAS PENSIONES Y ANUALIDADES DE LA PARTE**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos los ingresos por el beneficio de desempleo para la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la “Autorización para divulgación de información”, la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cosolicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzmán Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

A continuación, complete las secciones correspondientes:

\*\*\*\*\*Solicitanes – No escriba debajo de esta línea\*\*\*\*\*

**Institution Name:** \_\_\_\_\_

**Institution Address:** \_\_\_\_\_

Current monthly gross amount of pension or annuity \$: \_\_\_\_\_

Deduction from Gross for Medical Insurance Premiums \$: \_\_\_\_\_

Date of Initial Award: \_\_\_\_\_ Effective Date of Current Amount: \_\_\_\_\_

Expected Change in Current Amount: \_\_\_\_\_ New Amount \$: \_\_\_\_\_

Contribution to company retirement/pension fund \$: \_\_\_\_\_

Amount received in lump sum \$: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Representative:

\_\_\_\_\_  
**Printed Name:** \_\_\_\_\_ **Title:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Date:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

**TERCERO: VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA VETERANOS DE LA PARTE**

Las regulaciones estatales o federales requieren que verifiquemos los ingresos por el beneficio de desempleo para la persona que ha proporcionado la siguiente autorización para determinar su elegibilidad para recibir la ayuda del programa. Agradecemos mucho su cooperación para proveer la información solicitada a continuación. Puede enviar por fax este formulario a: (239) 533-7955 o envíe un correo electrónico a: DDEGUZMAN@LEEGOV.COM.

**Autorización:**

Por este medio autorizo la divulgación de la información solicitada. Se adjunta una copia de la "Autorización para divulgación de información", la cual indica mi aceptación con el único propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda del programa.

---

**Firma del solicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

---

**Firma del cosolicitante** **Nombre en letra de molde** **Fecha**

Devuelva la información a:

Nombre: Diane de Guzman Título: Asesora de finanzas para viviendas

Departamento: Servicios Humanos División: Vivienda Teléfono: (239) 533-7953

Dirección: 2440 Thompson Street, Fort Myers, FL 33901 o P.O. Box 398, Fort Myers, FL 33902-0398

A continuación, complete las secciones correspondientes:

\*\*\*\*\*Solicitantes – No escriba debajo de esta línea\*\*\*\*\*

**To; Department of Veterans Affairs; VA Benefits and Pensions Fax to: 727-319-7752, 7754, 7756**

Name of Veteran: \_\_\_\_\_

Address of Veteran: \_\_\_\_\_

Claim Number: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Service Dates From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Benefits Paid to: \_\_\_\_\_ Current Benefit Amount \$: \_\_\_\_\_

Original Start Date: \_\_\_\_\_

This amount will increase decrease on: \_\_\_\_\_ (date changes take effect)

New Amount \$: \_\_\_\_\_

Benefit Type: \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Representative:

Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Advertencia:** El Estatuto 817 de Florida indica que las declaraciones falsas deliberadas o las declaraciones erróneas relacionadas con la información de ingresos, activos u obligaciones respecto a la condición financiera es un delito de primer grado, punible por medio de multas y cárcel según los Estatutos 775.082 o 775.83.

SHIP del Condado de Lee (239) 533-7953 o 7938  
**REQUISITOS DE ACCESIBILIDAD DE SHIP**

Un hogar que recibe fondos de SHIP debe cumplir con el siguiente criterio de diseño para la accesibilidad:

1. La casa debe tener al menos una entrada que tenga una rampa o una entrada sin escaleras/escalón a menos que la construcción propuesta de una entrada sin escaleras/escalón requiera la instalación de un elevador.

Entiendo los requisitos anteriores y notificaré al constructor o al vendedor sobre el requisito de elegibilidad de SHIP:

\_\_\_\_\_  
Solicitante

\_\_\_\_\_  
Cosolicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\*\*\*\*

As Builder/Seller, I hereby agree and acknowledge that the house at \_\_\_\_\_  
being built/sold for/to \_\_\_\_\_ will be built to the  
above specifications:

\_\_\_\_\_  
Builder/Seller

\_\_\_\_\_  
Date

SHIP del Condado de Lee (239) 533-7953 o 7938  
PROGRAMA DE SOCIEDAD DE INICIATIVAS DE VIVIENDA ESTATAL (SHIP) DEL CONDADO DE LEE  
DECLARACIÓN JURADA DE NUEVA CONSTRUCCIÓN

ESTADO DE FLORIDA  
CONDADO DE: LEE

Nombre del contratista general o  
vendedor: \_\_\_\_\_

Número de banda: \_\_\_\_\_

Dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

Descripción legal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El infrascrito, habiendo quedado bajo el debido juramento, declara e indica:

Yo \_\_\_\_\_ personalmente doy fe de que la unidad mencionada antes  
recibió un certificado de ocupación del gobierno local correspondiente el \_\_\_\_\_.

Doy fe de que la unidad en mención es una construcción nueva y nunca ha sido ocupada y no hay  
actividades legales pendientes que puedan afectar el título.

Entiendo que esta declaración jurada se usará como prueba de que la unidad anterior es una nueva  
construcción y que cumple con todos los requisitos para los fondos de SHIP recibidos.

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

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

Nombre de la  
compañía: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO

El instrumento anterior fue aceptado ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ por  
\_\_\_\_\_, en nombre de \_\_\_\_\_ (Contratista  
general, etc). Él/ella es de mi conocimiento o me ha entregado \_\_\_\_\_  
como identificación e hizo (no hizo) un juramento.

\_\_\_\_\_  
Notario público  
Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
Título o rango: \_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_