

## PORTADA DE FAX

Nombre:	Atención:
Teléfono:	Fax: 702.697.8096
Número de Páginas:	Número de Préstamo:

### INFORMACIÓN REQUERIDA (SI APLICA)

- Formas financieras firmadas y con fecha (cuatro páginas anexas).
- 2 últimos talones de cheque de empleo de todos los prestatarios.
- Forma W2 de los últimos 2 años de todos los prestatarios.
- Los últimos 2 meses de estados de cuenta de banco si pertenece a otra institución financiera que no sea SSSCU.
- Los últimos 2 años de declaraciones de impuestos firmados.
- Prestatarios que trabajan en forma independiente: los últimos 2 años de su declaración de impuestos firmados junto con todos los anexos.
- Prestatarios que trabajan en forma independiente: Incluya una cuenta de pérdidas y ganancias reciente de su negocio (loss and profit statement).
- Ingreso de discapacitado, retiro, desempleo, seguro social (carta otorgando ingreso de discapacidad).
- Contrato de renta de cualquier propiedad que esté rentada.
- Prueba de ingreso de cónyuge ó ingreso de manutención de menores.
- Prueba de gastos extraordinarios que causaron incapacidad para hacer sus pagos normales.
- Para préstamos de hipotecas solamente: estado de cuenta de su hipoteca reciente para cada préstamo de bienes raíces.
- Para préstamos de hipotecas solamente: prueba del seguro de casa en contra de fuego para cada una de las propiedades que tenga.
- Para préstamos de hipotecas solamente: firme y ponga la fecha a todos los formularios del IRS 4506T. Formularios disponibles en la página web Financial Hardship Assistance (cuando se solicita).

**Los documentos deben ser enviados vía correo, fax o entregados a su sucursal más cercana.**

Mailing Address: PO Box 12037, Las Vegas, NV 89112-0037, Attn: Credit Resolutions

Fax: 702.697.8096

Entre a [silverstatecu.com](http://silverstatecu.com) para localizar sucursales y direcciones.

Numero de préstamo con SSSCU:

**Parte A – Información del Prestatario** (por favor escribir claramente)

Nombre del Prestatario		Número de Seguro Social		Nombre de Co-Prestatario		Número de Seguro Social	
Números de teléfono del Prestatario				Números de teléfono del Co-Prestatario			
Día: _____				Día: _____			
Tarde: _____				Tarde: _____			
Celular: _____				Celular: _____			
Dirección de propiedad		Duración en residencia _____		Dirección de correspondencia (si es aplicable)			
Calle: _____		Calle: _____		Calle: _____			
Ciudad: _____		Ciudad: _____		Ciudad: _____			
Estado: _____		Código postal: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Correo electrónico				Correo electrónico			
Empleador (reciente)		Posición		Empleador (reciente)		Posición	
Años en Trabajo		Teléfono del Empleador		Años en Trabajo		Teléfono del Empleador	
Si tiene menos de 2 años en su trabajo actual, escriba la información de su empleador anterior:							
Empleador (anterior)		Posición		Empleador (anterior)		Posición	
Años en Trabajo		Teléfono del Empleador		Años en Trabajo		Teléfono del Empleador	

**Parte B – Ingreso Mensual del Hogar**

Descripción (Mensual):	
Ingreso mensual del hogar:	
Otro ingreso:	
Otro ingreso adicional (renta, segundo trabajo, ingreso de manutención de menores):	
Ingreso neto (después de impuestos):	

**Parte C – Bienes Personales**

	Institución	Saldo
Nombre del banco donde su ingreso es depositado:		\$
Nombre del banco donde tiene su cuenta de cheques y ahorros:		\$
Nombre de Institución donde tiene su cuenta de retiro o jubilación:		\$
Nombre de Institución donde tiene sus inversiones:		\$
Valor de su residencia primaria:		
Valor de otros bienes raíces que tenga:		

**Parte D – Gastos Mensuales** (Añada una hoja de papel con información adicional si se requiere)

Descripción (Mensual)	Pago Mensual	Saldo Deudor	# De Meses Atrasado
1. Hipoteca de su casa primaria	\$	\$	
2. Impuestos de casa primaria (si no estan incluidos en línea #1)	\$	\$	
3. Seguro de casa primaria (si no esta incluido lá en línea #1)	\$	\$	
4. Pago de renta si no ocupa la propiedad	\$	\$	
5. Mantenimiento/cuota de asociación	\$	\$	
6. Otras hipotecas	\$	\$	
7. Préstamos de automóvil	\$	\$	
8. Otros préstamos	\$	\$	
9. Tarjetas de crédito (pago mínimo)	\$	\$	
10. Pensión matrimonial/manutención de menores	\$	\$	
11. Cuidado de niños o dependiente	\$	\$	
12. Servicios (agua, electricidad, gas, cable, etc.)	\$	\$	
13. Teléfono (de casa y celular)	\$	\$	
14. Seguros (automóvil, salud, vida)	\$	\$	
15. Gastos médicos (no asegurados)	\$	\$	
16. Gastos de carro (gas, mantenimiento, estacionamiento)	\$	\$	
17. Gastos de abarrotes y artículos de tocador	\$	\$	
18. Otros gastos mensuales (explique)	\$	\$	
19. Otros gastos mensuales (explique)	\$	\$	
20. Otros gastos mensuales (explique)	\$	\$	
<b>TOTAL</b>	\$	\$	

**Parte E – Preguntas Generales** (si aplica)

Por favor trate de completar las mas preguntas posibles. Información adicional puede ser necesaria y Silver State Schools Credit Union tendrá que hablar con usted durante el proceso de asistencia.

1. ¿Cuántas personas viven en su hogar incluyendo sus edades?			
2. Cuál es su vehículo principal? _____ Esta financiado con SSSCU? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
3. ¿Es dueño de otros vehículos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesto si, por favor complete lo siguiente:			
Nombre del Prestamista	Pago Mensual	Saldo de capital	Tiene co-firmante?
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
5. ¿Con cuánto dispone inmediatamente para aplicar hacia su cuenta atrasada? \$ _____			
6. ¿En adición a la cantidad que indicó arriba, con cuánto dispondra en 30 días? \$ _____			
7. ¿Usted ha buscado asistencia con respecto a su obligación del préstamo con otros prestamistas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**Parte E – Preguntas Generales** (continuación)

Por favor trate de completar las mas preguntas posibles. Información adicional puede ser necesaria y Silver State Schools Credit Union tendrá que hablar con usted durante el proceso de asistencia..

Bajo pena de perjurio explique completamente las razones por las que se atrasó en sus pagos de préstamo o si se encuentra en un peligro inminente de incumplir con su pago del préstamo.

¿Cuál es su propuesta para restaurar su obligación del préstamo con SSSCU?

(Si se requiere, anexe otra hoja separada para más explicación.)

**Parte F – Antecedente de Bancarrota**

1. Usted o un coprestatario de alguna deuda se declaró en bancarrota?  Si  No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre del deudor \_\_\_\_\_

Fecha de archivo \_\_\_\_\_ Número de caso \_\_\_\_\_ Se ingresó la descarga  Si  No

2. Si esta deuda fue cancelada como parte de un procedimiento previo de bancarrota, reconozco que la solicitud instantánea no es un intento de cobrar una deuda, y que cualquier acuerdo de modificación, si se ofrece una, no impondrá ni modificará mi responsabilidad personal sobre la deuda.

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestatario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-Prestatario

\_\_\_\_\_  
Fecha



**AMERICAN SHARE INSURANCE**

Your savings insured to \$250,000 per account. By members' choice, this institution is not federally insured, and if the institution fails, the Federal Government does not guarantee that depositors will get back their money.

**Autorización Para Facilitar Información**

EN ADICIÓN A ÉSTE ESTADO FINANCIERO Y SUS ANEXOS, PUEDE HABER OCASIONES EN DONDE INFORMACIÓN ADICIONAL ES NECESARIA PARA REVISAR SU SITUACIÓN A FONDO, TAL COMO:

1. ORDENAR REPORTE DE CRÉDITO.
2. VERIFICAR ESTADOS DE CUENTA Y SU DIVULGACIÓN.
3. OBTENER CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN NECESARIA PARA CORRECTAMENTE ANALIZAR SU SOLICITUD.

YO ADMITO QUE TODO LO QUE HE DECLARADO EN ÉSTOS DOCUMENTOS ES LA VERDAD Y CONFORME A MI CAPACIDAD. TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO QUE SI SE DETERMINA QUE PROVEÍ INFORMACIÓN FALSA Y POR ESA RAZÓN SE TOMARON ACCIONES QUE NO DEBIERON SER TOMADAS SI LOS HECHOS VERDADEROS SE HUBIERAN SABIDO, PUEDO SER RESPONSABLE Y SUJETO POR CUALQUIER Y TODA PÉRDIDA SUFRIDA POR EL PRESTAMISTA DEL PRÉSTAMO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestatario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-Prestatario

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización Para Proveer Información a Terceras Personas**

YO/NOSOTROS POR ESTE MEDIO AUTORIZAMOS QUE PROVEE INFORMACIÓN A \_\_\_\_\_  
PARA CUALQUIER Y TODA INFORMACIÓN QUE REQUIERAN CON EL PROPÓSITO.

GRACIAS.

\_\_\_\_\_  
Firma de Prestatario

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Co-Prestatario

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha



**AMERICAN SHARE INSURANCE**

Your savings insured to \$250,000 per account. By members' choice, this institution is not federally insured, and if the institution fails, the Federal Government does not guarantee that depositors will get back their money.

# AVISO

## ASISTENCIA FINANCIERA Y LA OBLIGACIÓN

---

Silver State Schools Credit Union hace esfuerzos extraordinarios para asistir a nuestros miembros que están sufriendo de una dificultad financiera, permanente o temporal, con respecto a su obligación de préstamo con la Unión de Crédito.

A todo esto, la Unión de Crédito necesita que nuestros miembros entiendan que cuando asistencia es otorgada con referencia a la obligación del préstamo, que la Unión de Crédito espera que cualquier cambio a los términos originales de la obligación del préstamo va a cumplirse estrictamente en adelante. Esto significa, que todo los pagos son esperados que se hagan por adelantado o por el día especificado en que se debe. El hecho de que los términos del préstamo permitan un periodo de gracia antes de que tenga que pagar por un retraso, no justifica que no haga los pagos en la fecha indicada de su contrato con la Unión de Crédito; y que todos los pagos se hagan por adelantado o en la fecha en que se deba el pago.

La falta de hacer pagos a tiempo de acuerdo a su contrato con la Unión de Crédito, resultará en la aceleración y cobranza de su obligación contra-actual que incluirá la recuperación de cualquier bien o garantía del préstamo.

---

Yo he leído y entiendo la declaración de arriba como relata a mi/nuestra obligación del préstamo con Silver State Schools Credit Union y mi/nuestro recibo de asistencia financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestario

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-Prestario

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha



**AMERICAN SHARE INSURANCE**

Your savings insured to \$250,000 per account. By members' choice, this institution is not federally insured, and if the institution fails, the Federal Government does not guarantee that depositors will get back their money.