

Préstamos para tecnología de asistencia de Arizona
Programa de Acceso a la Tecnología de Arizona
300 West Clarendon Avenue, Suite 475, Phoenix, AZ 85013
(Voz) 602-728-9534 (llamada gratuita) 800-477-9921
(TTY) Relay 711 (Fax) 866.463.9390 Sitio web: www.aztap.org



Estimado consumidor:

Gracias por su interés en un préstamo para comprar tecnología de asistencia a través del *Programa de Préstamos para Tecnología de Asistencia de Arizona (AzLAT)*. Adjunto, encontrará la solicitud de préstamo.

Por favor, responda cada pregunta por completo, adjunte cualquier documentación de respaldo adicional según sea necesario y devuelva la solicitud a nuestra oficina. El Comité de Revisión de Préstamos de AzLAT *no* podrá considerar solicitudes incompletas.

Tenga en cuenta que para ser elegible para un préstamo, los solicitantes deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser residente legal de Arizona.
2. Ser una persona con una discapacidad o un miembro de la familia / pareja en nombre de una persona con una discapacidad y legalmente capaz de celebrar un contrato.
3. Proporcionar la seguridad de que el préstamo se utilizará para comprar dispositivos y / o servicios de tecnología de asistencia. (La tecnología de asistencia puede ser para una persona con una discapacidad independientemente de su edad o tipo de discapacidad si su uso está destinado a mejorar las capacidades funcionales del individuo).
4. Documentar suficiente solvencia crediticia y capacidad para pagar el préstamo.
5. Solicite un préstamo por un monto que oscila entre \$ 100 y \$ 20,000.
6. Contar con una cuenta de cheques válida desde la cual nuestra institución financiera estará autorizada a realizar débitos mensuales para el pago del préstamo.
7. Si su préstamo es aprobado, establecerá una cuenta con MariSol Federal Credit Union con un depósito de membresía de \$25 (\$50 con co-prestatario).

Nuestro Comité de Revisión de Préstamos de AzLAT se reúne mensualmente. Para que un préstamo sea revisado en ese momento, la solicitud completa con la documentación de respaldo debe recibirse antes del **primer martes del mes**. La solicitud completa se puede enviar por fax al 866.463.9390, enviarse por correo electrónico a AskAzLAT@nau.edu o enviarse a través de US Mail a AzLAT - 300 West Clarendon Avenue, Suite 475, Phoenix, AZ 85013.

Si tiene alguna pregunta o siente que necesita ayuda para completar el formulario de solicitud o necesita la solicitud en un formato alternativo, comuníquese con Gaye Champine en AskAzLAT@nau.edu; (602) 776-4670, o al número gratuito 800-477-9921 o (TTY) Relay 711.

Sinceramente

Clayton Guffey
Director del Programa AzTAP

Recintos

Date Received: _____
AzLAT Loan #: _____



Solicitud de préstamo de MariSol Federal Credit Union

Toda la información en este formulario de solicitud es estrictamente confidencial y solo se utilizará para determinar su necesidad y capacidad para pagar este préstamo. Los prestatarios deben demostrar la capacidad de pagar el préstamo.

Completar este formulario no garantiza que se otorgará un préstamo.

- Nombre de la persona con discapacidad: _____
 Describa la discapacidad de la persona que utilizará la tecnología de asistencia: _____
- Marque la casilla que mejor describa la relación entre la persona con una discapacidad y el prestatario (s):
 Yo mismo CÓNYUGE / Pareja PADRE TUTOR DEL HIJO
 Otro (especifique) _____
- Explique cómo los dispositivos/equipos de tecnología de asistencia afectarán la independencia, la educación y/o el empleo (**por favor, sea específico**): _____
- Describa el tipo de equipo o servicio de tecnología de asistencia que se comprará (use marcas de artículos específicos): _____
- Monto total del préstamo solicitado \$ _____. Debe adjuntar una cotización detallada de cada proveedor con respecto a los dispositivos que tiene la intención de comprar con este préstamo. **Iniciales:** _____
- Especifique la solicitud de préstamo a continuación:

Nombre del proveedor _____	Préstamo AzLAT	Otra(s) fuente(s) de financiación contribuyente(s): _____
Equipo	\$	\$
Instalación	\$	\$
Garantía	\$	\$
Acuerdos de servicio	\$	\$
Servicios de Evaluación y/o entrenamiento	\$	\$
Impuestos aplicables	\$	\$

Otro (Especificar)	\$	\$
Importe total del préstamo solicitado a AzLAT	\$	
Financiación total de otra(s) fuente(s)		\$

7. Para modificaciones de casa de más de \$ 1,000, se recomienda encarecidamente que envíe dos (2) ofertas de contratistas con licencia. **Iniciales:** _____
8. ¿Estará este equipo conectado a un automóvil? Sí NO (si no, continúe con el # 9)
- a. ¿El vehículo está a su nombre? Sí NO
- b. ¿Tiene algún préstamo sobre este vehículo? Sí (ingrese la información del prestamista a continuación)
NO Prestamista: _____ Saldo del préstamo: _____
- c. ¿Tiene permiso del prestamista para modificar o adaptar el vehículo? Sí NO
- a. Proporcione la siguiente información para el vehículo:
Año: _____ Marca: _____

9. Proporcione la información solicitada a continuación para el prestatario y el coprestatario (si corresponde):

Prestatario		Coprestatario
un. Nombre		
b. Seguridad Social #		
c. Fecha de nacimiento (mes/día/año)		
d. Dirección de la calle residencial		
e. Ciudad/Estado/Código Postal		
f. Años en esta residencia		
g. Dirección postal		
h. Teléfono		
i. Dirección de correo electrónico		
j. ¿Es usted ciudadano estadounidense o extranjero residente permanente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
k. List dos contactos de emergencia (amigos o familiares)	Nombre: _____ Teléfono: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____	Nombre: _____ Teléfono: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

10. Proporcione información de empleo para el prestatario y coprestatario (si corresponde):

	Prestatario	Coprestatario
a. ¿Empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
b. Ocupación		
c. Fecha de empleo		
d. Empleador y dirección		
e. Teléfono del trabajo #		

11. Enumerar todas las fuentes actuales de ingresos mensuales **que se considerarán** para el reembolso de esta obligación. **Toda verificación de ingresos** debe adjuntarse a la solicitud. **Iniciales:** _____

	Prestatario	¿Verificación incluida?	Coprestatario	¿Verificación incluida?
a. Empleo (ingreso bruto)	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
b. Jubilación del Seguro Social (beneficios de la SSA)	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
c. Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
d. Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
e. Beneficios para veteranos	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
f. Pensión/Jubilación Privada	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
g. Beneficios privados por discapacidad	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
h. Ingresos por alquiler	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
i. Manutención infantil	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
j. Seguro de desempleo	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
k. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/TPEP)	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
l. Otros ingresos: Especifique _____	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
TOTALES	\$		\$	

a. ¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? Sí No

En caso afirmativo, ¿bajo qué circunstancias le exigió declararse en bancarrota? Adjunte hojas adicionales si es necesario. _____

b. Enumere los pagos mensuales totales de todas sus obligaciones financieras: Si es necesario, use una hoja adicional.

Obligaciones financieras del prestatario:

Obligación	Acreedor	Balance	Pago mensual
Vivienda propia <input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/>		\$	\$
Préstamo de vehículo		\$	\$
Préstamo de vehículo		\$	\$
Tarjeta de crédito		\$	\$
Tarjeta de crédito		\$	\$
Préstamo Personal		\$	\$
Préstamo de título		\$	\$
Otros préstamos		\$	\$
	Total de obligaciones mensuales:		\$

Obligaciones financieras del coprestatario:

Obligación	Acreedor	Balance	Pago mensual
Vivienda propia <input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/>		\$	\$
Préstamo de vehicle		\$	\$
Préstamo de vehicle		\$	\$
Tarjeta de crédito		\$	\$
Tarjeta de crédito		\$	\$
Préstamo Personal		\$	\$
Préstamo de título		\$	\$
Otros préstamos		\$	\$
	Total de obligaciones mensuales:		\$

12. Enumere el nombre (s) de la(s) institución(es) financiera(s), el tipo de cuenta y el saldo actual del prestatario y coprestatarios de cheques, ahorros u otra(s) cuenta(s). **Iniciales:** _____

Prestatario: (Si es necesario, use una hoja adicional)

Nombre del banco	
Tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> de cheques <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
Balance	\$

Nombre del banco	
Tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> de cheques <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
Equilibrar	\$

Coprestatario: (Si es necesario, use una hoja adicional)

Nombre del banco	
Tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> de cheques <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
Balance	\$

Nombre del banco	
Tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> de cheques <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
Balance	\$

a. No hay tarifa de solicitud de préstamo. Sin embargo, si su préstamo es aprobado y usted lo acepta, usted acepta abrir una cuenta en MariSol Federal Credit Union con un depósito de membresía de \$25 (\$50 con el Coprestatario). **Iniciales:** _____

b. Si no tiene una cuenta en ninguna institución financiera, usted subestima y acepta abrir una cuenta para la transferencia electrónica de fondos como condición para recibir un préstamo de este programa. **Iniciales:** _____

No está obligado a pagar su préstamo a través de su cuenta en MariSol; una cuenta existente en otra institución financiera para la transferencia electrónica de fondos es aceptable.

c. Proporcione una explicación de cualquier problema o problema de crédito conocido que tenga. Adjunte hoja adicional si es necesario: _____

¿Cómo aprendió sobre el programa AzLAT?

- Personal del Programa de Acceso a la Tecnología de Arizona (AzTAP)
- Folleto o publicación
- Centro para la Vida Independiente
- Organización de Servicios Relacionados con la Discapacidad: _____
- Amigo/Pariente
- Agencia Estatal/Proveedor de Servicios: _____
- Search de Internet
- Vendor/retailer
- Otros: _____

Divulgaciones de solicitudes

Crédito Individual:

Debe completar la sección del prestatario sobre usted y la sección del co-prestatario sobre su cónyuge si:

1. Usted vive en la propiedad de bienes mancomunados (Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nuevo México, Nevada, Texas, Washington o Wisconsin)
2. Su cónyuge usará la cuenta o
3. Usted depende de los ingresos de su cónyuge como base de reembolso. Si depende de los ingresos de la pensión alimenticia, la manutención de los hijos o la manutención por separación conyugal, complete la sección del co-prestatario en la medida de lo posible sobre la persona en cuyo pago confía.

Crédito conjunto:

Si está solicitando con otra persona, complete las secciones de prestatario y co-prestatario.

Si hay cambios importantes, notificará a MariSol por escrito inmediatamente. También aceptará notificarnos de cualquier cambio en su nombre, dirección o empleo dentro de un tiempo razonable a partir de entonces.

También promete que todo lo que ha declarado en esta solicitud es correcto a su leal saber y entender y que la información anterior es una lista completa de sus deudas y obligaciones. Usted autoriza a MariSol Federal Credit Union a obtener informes de crédito y compartir estos informes con AzLAT en relación con esta solicitud de crédito y para cualquier actualización, renovación o extensión del crédito recibido. Si lo solicita, MariSol le dirá el nombre y la dirección de cualquier agencia de crédito de la que recibió un informe de crédito sobre usted.

Usted entiende que es un delito federal proporcionar información incompleta e incorrecta deliberadamente sobre las solicitudes de préstamo hechas a Federal Credit Unions o State Charter Credit Union asegurada por la NCUA.

firma del prestatario

Fecha

firma del coprestatario

Fecha

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ENVÍO DE SOLICITUDES

Antes de enviar su solicitud, asegúrese de:

- Complete todas las partes de la aplicación.
- Adjunte copias de todas las verificaciones de ingresos, como las cartas de asignación o adjudicación de SSI / SSDI benefits, copia de la alimonia ordenada por la corte, manutención de los hijos, declaraciones de impuestos o talones de pago de empleo.
- Adjunte una copia legible de su licencia de conducir de Az o documento de identificación estatal.
- Adjunte cotizaciones de precios de proveedores para el equipo y / o servicios de tecnología de asistencia que desea comprar.
- Adjunte dos (2) ofertas, si corresponde, de contratistas con licencia para modificaciones de viviendas que excedan los \$1,000.00.
- Inicial cuando sea necesario, firme y fecha la solicitud en tinta azul o negra cuando sea necesario.

Envíe la solicitud completa a:

Gaye Champine
Préstamos de Arizona para tecnología de asistencia
c/o AzTAP
300 W Clarendon Ave Suite 475
Phoenix, AZ 85013

O

Envíe por fax la solicitud completa al: 866.463.9390

O

Envíe la solicitud completa por correo electrónico a: AskAzLAT@nau.edu

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con Gaye Champine al 602.776.4670, 800.477.9921, (TTY) Relay 711 o envíe un correo electrónico [a AskAzLAT@nau.edu](mailto:AskAzLAT@nau.edu).