



INFORMACION PERSONAL

--- ---

| Apellido | Nombre | 2do Nombre | Otros Nombres | Edad | No. Seguro Social |
|----------|--------|------------|---------------|------|-------------------|
| | | | | | --- --- |

| Apellido | Nombre | 2do Nombre | Otros Nombres | Edad | No. Seguro Social () --- |
|----------|--------|------------|---------------|------|------------------------------|
| | | | | | |

| Domicilio | Ciudad | Zona Postal | Teléfono |
|-----------|--------|-------------|----------|
| | | | |

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Número de personas adicionales viviendo en casa _____ Edades _____

INGRESO/CAPITAL

| Empleador: | Tel.() | -- | Cuánto Tiempo | Día de Pago | Ingreso Bruto | Ingreso Neto Mensual |
|------------|------------|----|------------------|----------------|------------------|-------------------------|
| Ciudad: | Ocupación: | | | | \$ | \$ |

| Empleador: | Tel.() | -- | Cuánto Tiempo | Día de Pago | Ingreso Bruto | Ingreso Neto Mensual |
|------------|------------|----|------------------|----------------|------------------|-------------------------|
| Ciudad: | Ocupación: | | | | \$ | \$ |

Otros Ingresos Mensuales:

| | | | |
|-------------------|------------------------|-----------|--|
| Sustento Niños \$ | S.S./Incapacidad \$ | Retiro \$ | |
| Desempleo \$ | Ahorros/Inversiones \$ | Otro \$ | |

Total de Ingresos Netos Combinados \$ _____

¿Alguna vez a Declarado Bancarrotta? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

Declaro que los datos aquí asentados son correctos. Consumer Credit Counseling Service podrá usar esta información para el propósito de obtener la cooperación de los acreedores en la negociación del plan de pago de las deudas.

Por medio del presente, acuerdo defender y liberar a CCCS, sus empleados, funcionarios, directores y agentes de cualquier reclamo, acción o demanda efectuada por cualquiera de mis acreedores y por cualquier otra persona, que de alguna forma puede surgir de cualquier acción o inacción tomada por CCCS, o mis acreedores, en conexión con cualquiera de los servicios que CCCS me proporcione.

Fecha _____ Firma del Cliente _____

Consejero _____ Firma del Cliente _____

| | | | | |
|----------------------------|----------------------|------------|------------|--------------|
| FOR OFFICE USE ONLY | BR# _____ | E _____ | Referral | Cause |
| Client# _____ | Date Counseled _____ | Code _____ | Code _____ | Result _____ |

GASTOS MENSUALES ESENCIALES

Para ser llenado por el cliente

Mínimo Mensual **Actual** **Propuesta De CCCS**

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| VIVIENDA | | |
| Renta/Hipoteca | | |
| 2da Hipoteca | | |
| Impuestos a la Propiedad | | |
| Seguro de Propiedad | | |
| (HOA) Gastos de Asociación | | |
| Servicios (Utilities) | | |
| Cable T.V. / Teléfono | | |
| GASTOS DOMESTICOS | | |
| Gastos para Comida | | |
| Lavandería / Tintorería | | |
| Peluquería / Salón de belleza | | |
| TRANSPORTE | | |
| Pago de Auto #1 | | |
| Pago de Auto #2 | | |
| DMV Registro / Smog | | |
| Seguro | | |
| Gasolina / Mantenimiento | | |
| MANUTENCION/PENSION | | |
| Cuidado de Niños / Niñera | | |
| Manutención de Niños / Esposa(o) | | |
| OTROS GASTOS | | |
| Ropa | | |
| Ahorros / Donativos | | |
| Seguro de Vida | | |
| Médico / Dentista | | |
| Prestamos Estudiantiles | | |
| TOTAL DE GASTOS | | |

IMPUESTOS ATRASADOS

Federal \$ _____ Años _____

Estado \$ _____ Años _____

INFORMACION DE RENTA / HIPOTECA

Renta / Hipoteca pagada hasta: _____

2da Hipoteca pagada hasta: _____

¿Está Atrasada su Renta / Hipoteca? Si No

Meses: _____ Cantidad: \$ _____

Clase de Préstamo: FHA CONV. VA

INFORMACION DE VEHICULO

_____ _____ \$ _____

MODELO AÑO CUANTO DEBE

_____ _____ \$ _____

MODELO AÑO CUANTO DEBE

¿Está abono de Auto Atrasado? Si No

Meses: _____ Cantidad: \$ _____

¿Cheques sin fondos (NSF)? Si No

NOTA: No complete la sección que sigue - consejero lo hará en la entrevista.

| | |
|--|----------|
| Total de Ingresos Combinados: | \$ _____ |
| Total de Gastos Esenciales Mensuales: | \$ _____ |
| Total Disponible para Deudas: | \$ _____ |
| Pago Propuesto de DMP: | \$ _____ |
| Cantidad Necesaria para Alcanzar Meta: | \$ _____ |

HOJA DE DEUDAS**Favor de Traer Todos Sus Estados De Cuentas**

Enumere todas las deudas, esté usted o no al día en sus abonos

| Prestamo Conjunto S / N | Nombre de Acreedores | Saldo De La Cuenta | Pagos Mensuales | Interés % | Meses De Atraso | Estado De Cuenta | Meta Abono CCCS |
|---|----------------------|--------------------------|--------------------|--------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| 1. | | \$ | \$ | % | | | |
| 2. | | \$ | \$ | % | | | |
| 3. | | \$ | \$ | % | | | |
| 4. | | \$ | \$ | % | | | |
| 5. | | \$ | \$ | % | | | |
| 6. | | \$ | \$ | % | | | |
| 7. | | \$ | \$ | % | | | |
| 8. | | \$ | \$ | % | | | |
| 9. | | \$ | \$ | % | | | |
| 10. | | \$ | \$ | % | | | |
| 11. | | \$ | \$ | % | | | |
| 12. | | \$ | \$ | % | | | |
| 13. | | \$ | \$ | % | | | |
| 14. | | \$ | \$ | % | | | |
| 15. | | \$ | \$ | % | | | |
| 16. | | \$ | \$ | % | | | |
| 17. | | \$ | \$ | % | | | |
| 18. | | \$ | \$ | % | | | |
| 19. | | \$ | \$ | % | | | |
| 20. | | \$ | \$ | % | | | |
| 21. | | \$ | \$ | % | | | |
| 22. | | \$ | \$ | % | | | |
| 23. | | \$ | \$ | % | | | |
| 24. | | \$ | \$ | % | | | |
| 25. | | \$ | \$ | % | | | |
| Costo Del DMP (8% ó no más de \$35.00 al mes) | | | | | | | |
| % | TOTALES | | | | | | |