

**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS  
VERIFICACIÓN DE ACTIVOS**

**I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN Y FIRMADA POR EL SOLICITANTE/RESIDENTE**

<b>PARA: (Nombre de la institución)</b>	<b>Fecha:</b>
---	---------------

<b>Domicilio de la institución:</b>	<b>Teléfono/Fax:</b>
-------------------------------------	----------------------

<b>Ref.: (Nombre del solicitante/residente)</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>
---	---------------------------------

**AUTORIZACIÓN:** Mi firma aquí o en "Formulario de autorización y consentimiento" adjunto autoriza la divulgación y/o verificación de mis activos en depósito.

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente      Firma      Fecha

**Información** La persona indicada directamente más arriba es solicitante/residente de un Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas que requiere la verificación de ingresos. Solicitamos su cooperación en la provisión de esta información con respecto al Administrador/Propietario/Administración que se menciona a continuación. La información provista se mantendrá confidencial y se utilizará solo para determinar el estado de elegibilidad y el nivel de beneficios disponible para el solicitante/residente. Por favor, devuelva este formulario completado por correo o fax a:

<b>Nombre del Administrador/Propietario/Administración:</b>	<b>Número de TDHCA:</b>
---	-------------------------

<b>Domicilio:</b>	<b>Teléfono:</b>
-------------------	------------------

<b>Correo electrónico:</b>	<b>Fax:</b>
----------------------------	-------------

Su respuesta inmediata es esencial, y se aprecia considerablemente.

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta/cargo del Administrador/Propietario/Representante autorizado de la Administración      Firma      Fecha  
Nombre/Cargo

**II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA INSTITUCIÓN FINANCIERA**

**CUENTA(S) DE CHEQUES**

Titular de la cuenta	Número de cuenta	Saldo promedio de 6 meses	Tasa de interés, si corresponde

**B. CUENTA(S) DE AHORRO**

Titular de la cuenta	Número de cuenta	Saldo actual	Tasa de interés anual	Penalización por retiro

**C. CERTIFICADO DE DEPÓSITO(S)**

Titular de la cuenta	Número de cuenta	Saldo actual	Tasa de interés anual	Penalización por retiro

**D. PLAN 401K / IRA / CUENTA(S) DE RETIRO**

Titular de la cuenta	Número de cuenta	Saldo actual	Tasa de interés anual	Penalización por retiro

¿El titular de la cuenta tiene acceso a alguna de las cuentas de retiro identificadas más arriba antes de la finalización laboral o retiro?   
 Sí  No

**E. FONDOS MUTUOS/ACCIONES**

Titular de la cuenta	Número de cuenta	Saldo actual	Tasa de interés anual/ Ingreso anual**	Penalización por retiro

\*\* Por favor responda esta pregunta de acuerdo con el ingreso que el activo genera actualmente

**F. FIDEICOMISO**

<b>Tipo de fideicomiso:</b> (Marcar una opción) <input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable
<b>El titular de la cuenta es el:</b> (Marcar una opción) <input type="checkbox"/> Beneficiario o el <input type="checkbox"/> Otorgante del fideicomiso
<b>Valor del fondo de fideicomiso administrado:</b> \$ _____
<b>Importe anticipado de los ingresos a obtener por el fideicomiso en los próximos 12 meses:</b> \$ _____
<b>El importe es:</b> (Marcar una opción) <input type="checkbox"/> Reinvertido o <input type="checkbox"/> Desembolsado

**G. PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA**

<b>Tipo de póliza:</b> (Marcar una opción) <input type="checkbox"/> Seguro temporal de vida opcional <input type="checkbox"/> Seguro universal o de vida completo
<b>Valor actual en efectivo de la póliza del seguro de vida:</b> \$ _____
<b>Ingresos o intereses que generará la póliza en los próximos 12 meses (de acuerdo con las circunstancias actuales):</b> \$ _____

**H. OTRO: Tipo de cuenta**

Titular de la cuenta	Número de cuenta	Saldo actual	Tasa de interés/Ingreso anual	Penalización por retiro

**I. CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta,

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante de la institución financiera Cargo del representante Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta del representante N.º de teléfono N.º de fax Correo electrónico

\_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección de la institución financiera

**Nota: La sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito hacer declaraciones falsas o fraudulentas en forma premeditada a cualquier departamento o agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.**