

NOMBRE: _____

FECHA: _____
N° DE CUENTA: _____

DIRECCIÓN: _____

Sírvase suministrar la siguiente información en tinta. **SI LA INFORMACIÓN SOLICITADA ESTUVIESE INCOMPLETA, ¡NO PODRÁ PROCESARSE SU SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA PAGOS!**

La información que he (hemos) suministrado es completa y fidedigna según mi (nuestro) leal saber y entender. Entiendo (entendemos) que la información mencionada a continuación se está recabando para determinar si reúno (reunimos) las condiciones a fin de recibir los subsidios para pagos y que el incumplimiento en la presentación de información cabal y precisa puede resultar en sanciones penales y civiles.

Firma del prestatario

Fecha

Firma del prestatario

Fecha

N° de teléfono del hogar: () ____ - ____ Otro N° de teléfono o N° del trabajo: () ____ - ____

DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO ORIGINAL POR CORREO (NO SE ACEPTAN FOTOCOPIAS). ¡NO LO ENVÍE POR FAX!

1. TODOS LOS ADULTOS INTEGRANTES DEL HOGAR DEBEN FIRMAR UN FORMULARIO 3550-1, "AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN"

2. SÍRVASE COMPLETAR LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN TOTALMENTE:

NOMBRE COMPLETO DEL INTEGRANTE DEL HOGAR - EMPIECE CON SU PROPIO NOMBRE	RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	EMPLEADO SÍ/NO	ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO SÍ/NO	MINUSVÁLIDO SÍ/NO
	USTED MISMO					

3. Sí ____ No ____ ¿Algún integrante de su hogar presentó los formularios de pago del impuesto federal a la renta el año pasado? **DEBE INCLUIR UNA FOTOCOPIA DE SUS ARCHIVOS DE LOS FORMULARIOS DEL IRS DEL AÑO PASADO, 1040, 1040EZ, 1040A O DEL PAGO EN INTERNET PARA TODOS LOS ADULTOS INTEGRANTES DEL HOGAR QUE PRESENTARON EL FORMULARIO. ¡NO ENVÍE EL FORMULARIO 8453!**

4. Sí ____ No ____ ¿Algún integrante de su hogar es empleado autónomo?

EN CASO AFIRMATIVO, DEBE INCLUIR UNA FOTOCOPIA DE LA ESCALA DEL IMPUESTO FEDERAL DEL AÑO PASADO PARA C o F.

5. \$ ____ Monto de impuestos a los bienes raíces adeudados anualmente. Exento de pago.

6. \$ ____ Monto del seguro de la propiedad pagado anualmente. No tengo seguro.

7. ADJUNTO LOS DOS (2) TALONES DE PAGO MÁS RECIENTES Y CONSECUTIVOS PARA TODOS LOS TRABAJOS EN SU HOGAR Y COMPLETE LO SIGUIENTE PARA CADA TRABAJO:

NOMBRE COMPLETO DEL INTEGRANTE DEL HOGAR	MONTO DE INGRESOS ANUALES	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	N° DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
			()
			()
			()

***** COMPLETE LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO *****

De conformidad con Ley de reducción de papeleo de 1995, nadie estará obligado a responder a información a menos que se identifique con un número de control OMB. El número de control OMB válido para recibir esta información es 0575-0172. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula en promedio 30 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información.

8. Sí _____ No _____ ¿Algún integrante de su hogar recibe ingresos de:

(EN CASO AFIRMATIVO, ADJUNTE UNA FOTOCOPIA DEL ESTADO DE PRESTACIONES ACTUAL O LA CARTA DE OTORGAMIENTO)

- SEGURO SOCIAL (SS/SSI)
- JUBILACIÓN (PENSIÓN)
- DESEMPLEO
- OTRO: SÍRVASE ESPECIFICAR

9. Sí _____ No _____ ¿Alguno de los integrantes de su hogar recibe pensión alimenticia o alimentos?

EN CASO AFIRMATIVO, ADJUNTE

- A. LA DECLARACIÓN DEL SECRETARIO JUDICIAL EN LA QUE SE DETERMINA EL MONTO QUE USTED RECIBIÓ EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (si fue cobrado por los tribunales), O
- B. EL FALLO DEL TRIBUNAL EN EL QUE SE MUESTRA EL MONTO QUE USTED DEBE RECIBIR, O
- C. SI NO HA SIDO ORDENADO POR EL TRIBUNAL, UNA DECLARACIÓN DEL MONTO PAGADO FIRMADA POR LA PERSONA QUE LE PAGA A USTED.

SÍRVASE COMPLETAR LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN PARA LOS INGRESOS RECIBIDOS DE LOS RENGLONES 8 Y 9.

INDIVIDUO QUE RECIBE LOS INGRESOS O PRESTACIONES	RECIBIDO DE UN INDIVIDUO O NOMBRE DEL ORGANISMO	MONTO RECIBIDO MENSUALMENTE

NOTA: ADJUNTE HOJAS SEPARADAS, SI FUERA NECESARIO.

NO ENVÍE RECIBOS, CUENTAS U OTROS ESTADOS DE GASTOS PAGADOS POR LAS EXPENSAS MENCIONADAS EN LOS RENGLONES 10, 11 Y 12.

10. GASTOS DE ATENCIÓN INFANTIL: **Complete solamente si la atención infantil no es reembolsada y se necesita para menores de 13 años de edad, para que un integrante del hogar trabaje o asista a la escuela.** Separe gastos laborales y de gastos escolares.

NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO DE LA ATENCIÓN O DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, DIRECCIÓN Y HORAS DE ATENCIÓN POR SEMANA	NÚMERO DE TELÉFONO	COSTO POR SEMANA	NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL HOGAR QUE PUEDE TRABAJAR O ASISTIR A LA ESCUELA
	Horas:	()		
	Horas:	()		

11. GASTOS MÉDICOS: **Complete sólo si el prestatario o el co-prestatario tiene 62 años de edad o más, o si el prestatario o el co-prestatario es minusválido.** Incluya gastos pagados por usted (no por el seguro). Si tiene cuentas con un convenio de pago, incluya SOLAMENTE el monto que se pagará en los próximos doce meses.

TIPO DE GASTOS MÉDICOS	MONTO TOTAL DE GASTOS ANUALES
MÉDICO	
HOSPITAL	
SEGURO DE ENFERMEDAD	
MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	
OTRO: Especificar	

12. GASTOS DE LA ASISTENCIA POR MINUSVALIDEZ: **Complete sólo si usted tiene gastos por la atención de un integrante del hogar minusválido no reembolsados por otra fuente y se necesita para permitir a un integrante de la familia que trabaje.**

NOMBRE DEL INTEGRANTE MINUSVÁLIDO DEL HOGAR	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PRESTADOR DE ATENCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	COSTO POR SEMANA	NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL HOGAR QUE PUEDE TRABAJAR
		()		
		()		

Rural Housing Service, Centralized Servicing Center
P.O. Box 66835
St. Louis, MO 63166

Estimado propietario de vivienda:

Ha llegado el momento de considerar si reúne los requisitos para recibir el subsidio para pagos al préstamo otorgado por el Servicio de Vivienda Rural. Su convenio de subsidio actual vencerá el _____. A fin de continuar recibiendo el subsidio, es importante que envíe la información solicitada en esta carta antes de _____ o los pagos aumentarán a la tasa completa del pagaré. Si la información se recibe después de esta fecha, el nuevo convenio de subsidio no tendrá carácter retroactivo y usted será responsable por todo el pago hasta el procesamiento del nuevo convenio.

El monto del subsidio que usted recibirá depende de sus ingresos, el número de personas en su hogar y, en algunas instancias, los gastos. Necesitamos la información solicitada en la presente carta para calcular la asistencia para la cual usted podría reunir las condiciones.

SÍRVASE ENVIAR TODOS LOS DOCUMENTOS A CONTINUACIÓN EN EL SOBRE ADJUNTO CON EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN A:

**USDA, Rural Development
Centralized Servicing Center
P.O. Box 66835
St. Louis, MO 63166**

- 1. Certificación de ingresos.** Sírvase completar la **certificación de renovación del subsidio para pagos** adjunta. Este formulario resume la información sobre los ingresos y los gastos de su hogar. Puede usarlo como una lista de verificación para determinar los documentos adjuntos a continuación que se necesitan. Este formulario **debe estar firmado por todos los prestatarios y enviarse por correo con todos los documentos.**
- 2. Para todos los integrantes adultos del hogar que se mencionan en la certificación, adjunte lo siguiente:**
 - Una **fotocopia firmada del formulario RD 3550-1, "Autorización para divulgar información"**;
 - **Fotocopias de los dos últimos talones consecutivos de pago** para cada adulto empleado; y
 - **Fotocopias de las últimas declaraciones de impuestos federales sobre la renta.**

Para los **trabajadores de temporada**, envíe el **formulario 1040 del IRS y los formularios W-2.**
Para los **empleados autónomos**, envíe el **cronograma C o F con el formulario 1040.**
- 3. Para todo integrante de su hogar** que reciba ingresos de fuentes no relacionadas con el empleo, use los renglones 8 y 9 de la certificación para **informar los ingresos** y **adjunte una fotocopia de su última carta de otorgamiento o prestaciones u otra prueba del monto que recibió el integrante del hogar** de esa fuente. Los ingresos pueden provenir de algunas de las siguientes fuentes:
 - Cartas de declaración de prestaciones u otorgamiento del seguro social, seguro social complementario, pensiones, ex combatientes
 - Documentación de indemnización por accidentes de trabajo, prestaciones por desempleo
 - Documentación de pensión alimenticia, alimentos, AFDC
 - Donaciones, asistencia pública
- 4. Si desea solicitar el pago de gastos por atención infantil, atención médica o atención de un integrante de la familia minusválido que permita trabajar a otro integrante de la familia, siga las instrucciones en los renglones 10, 11 y 12 de la certificación.**

SÍRVASE NOTAR: Sólo deberá enviar la información sobre la renovación de la asistencia para pagos en el sobre adjunto. **Todos los pagos deberán enviarse en el sobre que se incluye con su factura.** Si envía pagos y otra correspondencia no relacionada con la renovación de la asistencia para pagos a la dirección antes mencionada se demorará el procesamiento de su convenio de subsidio y la respuesta a sus preguntas.

Debe enviar este formulario original por correo (no se aceptan fotocopias). ¡No lo envíe por fax!

SI NECESITA AYUDA, LLAME AL 1-800-414-1226

EL SERVICIO DE VIVIENDA RURAL SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL ANTES DE APROBAR TODA RENOVACIÓN DEL SUBSIDIO PARA PAGOS.