

## **INFORME FINANCIERO** **DE LA REVISIÓN SOBRE LA DISPONIBILIDAD HIPOTECARIA**

Esta declaración financiera es el primer paso para pedir a la Agencia de Financiamiento de Viviendas de Pensilvania (PHFA, por sus siglas en inglés) que revise su préstamo para posible asistencia.

- Lea detenidamente y siga todas las instrucciones en todas las páginas, y proporcione todos los documentos necesarios para que podamos revisar todas las opciones para su cuenta.
- Puede usar la lista de verificación para asegurarse de incluir todos los documentos requeridos.
- Solo los paquetes completos con todos los documentos requeridos de todos los prestatarios y las personas que contribuyen con los ingresos del préstamo se revisarán para todas las opciones.
- **NO INCLUYA DOCUMENTOS ORIGINALES, YA QUE NO SE DEVOLVERÁN.**
- **NO ENVÍE PAGOS CON ESTE FORMULARIO.**
- Puede encontrar una versión PDF de este formulario que se puede completar en [www.phfa.org](http://www.phfa.org).

### **Marco de tiempo del procesamiento:**

Todas las aplicaciones se revisan en el orden en el que se reciben. Luego de la revisión inicial, la PHFA podrá contactarse con usted para pedir documentos adicionales con el fin de completar su solicitud. Una vez que recibamos todos los documentos requeridos, nuestro período de revisión puede demorar hasta treinta días.

### **Si su préstamo está en proceso de ejecución o se ha fijado la fecha de una subasta:**

Esta solicitud no es una oferta para suspender o posponer ninguna acción de ejecución hipotecaria. Las solicitudes completas deben recibirse al menos 37 días antes de una ejecución hipotecaria programada, con el fin de garantizar una revisión previa a la venta. Sin embargo, la PHFA intentará revisar razonablemente cualquier solicitud completa recibida al menos cinco días hábiles antes de la venta programada.

### **Quiebra:**

Tenga en cuenta que, si se declaró en quiebra, esta solicitud no es un intento de cobro de ninguna deuda y se proporciona solamente para ayudar en la evaluación de sus opciones de mitigación de pérdidas.

### **Derivación:**

Si por alguna razón no puede resolver algún problema referente a esta solicitud con el personal asistencial de la PHFA, puede remitir el asunto comunicándose al 855-827-3466. Deje su nombre, número de cuenta y una breve descripción del problema. Las llamadas se devolverán dentro de los tres días hábiles.

### **Asesoramiento de crédito:**

Si tiene alguna pregunta sobre sus finanzas, esta solicitud o sus alternativas, puede comunicarse con una agencia de asesoramiento crediticio aprobada por el Departamento de Desarrollo Urbano y de Vivienda (HUD, por sus siglas en inglés) que le puede brindar asistencia a un bajo costo o de forma gratuita. Para hallar la agencia más cercana a usted, llame al 800-569-4287 o visite <http://www.consumerfinance.gov/find-a-housing-counselor/>.

## **Envíe su paquete financiero completo a:**

PHFA  
211 North Front Street  
Harrisburg, PA 17101  
Attention: Loan Servicing  
Fax: (717) 780-3804

## **Lista de verificación para la presentación de paquetes de mitigación de pérdidas**

Use esta lista de verificación para asegurarse de enviar todo lo que necesitamos para revisar y procesar su solicitud de mitigación de pérdidas. Si no recibimos todo lo que se detalla a continuación, podremos denegar su solicitud.

### **Documentación que debe incluirse**

- Solicitud de mitigación de pérdidas**
  - Esta solicitud debe completarse por completo y debe incluir las firmas y las fechas.
- Todas las páginas de la declaración de impuestos federales del último año**
  - Si no lo puede proporcionar, puede enviar un formulario 4506-T del IRS firmado (<https://www.irs.gov/uac/about-form-4506t>)
- Copias de sus TRES estados de cuenta bancarios más recientes**
  - Presente copias de los estados de cuenta de TODAS las cuentas bancarias personales abiertas e incluya todas las páginas. Las declaraciones deben identificar claramente al propietario de la cuenta y el nombre de la institución.

### **Comprobante de ingresos para todos los prestatarios u otros miembros del hogar que aportan ingresos**

Es posible que no tenga todas las formas de ingresos en la lista; marque las que correspondan

- Recibos de sueldo**
  - Proporcione copias de todos los recibos de sueldo durante los TRES meses más recientes.
- Ingreso de pensión alimenticia \***
  - Proporcione una copia de la declaración más reciente o decreto de divorcio que refleje el monto de la pensión alimenticia otorgada.
- Ingresos por desempleo**
  - Proporcione una copia de la carta de aprobación que refleje el monto de la asignación semanal y la información de la fecha de inicio/finalización.
- Ingreso por discapacidad/Seguro Social**
  - Proporcione una copia de la carta de aprobación con el monto de adjudicación semanal o mensual y la fecha de inicio/finalización.
- Beneficios de SNAP**
  - Proporcione carta de asignación/beneficio.
- Estado de ganancias y pérdidas firmado hasta el momento (si trabaja por cuenta propia)**
- Copia de contrato de arrendamiento, orden de levantamiento de quiebra o convenio de venta (si corresponde)**
- Otros ingresos (indique):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*Nota:** La pensión alimenticia, la manutención de los hijos o los ingresos de mantenimiento por separado no necesitan revelarse si no opta por que se considere su devolución para este préstamo.



## SECCIÓN 1a: INFORMACIÓN DEL PRESTATARIO

Información general		
Nombre:	Número de préstamo de la PHFA:	
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		
<b>Además de cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que ya haya proporcionado a PHFA, doy mi consentimiento para que PHFA se ponga en contacto con cualquiera de los números o las direcciones que incluyo aquí:</b>		
Número de teléfono particular con código de área: (        )        -	<input type="checkbox"/> Marque si es el método de contacto preferido.	
Número de teléfono celular con código de área: (        )        -	<input type="checkbox"/> Marque si es el método de contacto preferido.	
Número de teléfono laboral con código de área: (        )        -	<input type="checkbox"/> Marque si es el método de contacto preferido.	
Dirección de correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Marque si es el método de contacto preferido.	
Situación militar		
¿Es un miembro activo del servicio militar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se lo envió lejos de su residencia principal o recibió una orden de cambio permanente de estación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted el cónyuge sobreviviente de un miembro del servicio fallecido que estaba en servicio activo en el momento de su muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de quiebra		
¿Se ha declarado en quiebra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es así, ¿en virtud de qué capítulo?	<input type="checkbox"/> Capítulo 7 <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Capítulo 13	
Número de caso de quiebra:	Fecha de presentación:	
¿Se levantó la quiebra?	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	
Fecha en que se levantó: _____		
*En caso afirmativo, proporcione una copia de la orden de levantamiento firmada por el tribunal.		
Dependientes en el hogar. Adjunte páginas adicionales si es necesario		
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el prestatario

## SECCIÓN 1b: PATRIMONIO E INGRESOS DEL PRESTATARIO

Bienes	
Cuentas corrientes	\$
Cuentas de ahorro	\$
Fondos en el mercado monetario	\$
Certificados de depósito	\$
Valores de bolsa/bonos	\$
Dinero en efectivo	\$
401(K)	\$
Otros bienes inmuebles (estimados)	\$
Otros (especificar):	\$
Bienes inmuebles de su propiedad que no sean la propiedad hipotecada por PHFA	
Dirección:	
Valor estimado:	\$
Monto total aún en hipotecas (si corresponde)	\$
Pago mensual de hipotecas (si corresponde)	\$
Si se alquila, ingreso mensual de alquiler (adjuntar el contrato de arrendamiento)	\$
Información del empleador	
Nombre del empleador actual:	
Dirección del empleador actual:	
Número de teléfono del empleador actual:	
Fuente de ingresos	Monto mensual
Ingresos netos del empleo actual	\$
Pensión alimenticia	\$
Incapacidad	\$
Asistencia pública	\$
Pensión	\$
Seguro Social	\$
Ingreso de seguro suplementario (SSI)	\$
Desempleo	\$
Indemnización por accidentes en el trabajo	\$
SNAP/asistencia alimentaria	\$
Manutención conyugal	\$
Otros ingresos (indique):	\$
Posible ingreso futuro (describa):	\$
<b>Ingreso total</b>	<b>\$</b>

## SECCIÓN 2a: INFORMACIÓN DEL COPRESTADOR/PRESTAMISTA ADICIONAL

Esta sección se usa para el coprestador y para cualquier persona que contribuya a los ingresos y gastos del hogar. Se pueden agregar copias adicionales de las secciones 2a y 2b si es necesario.

### Información general

Nombre:	Número de préstamo de la PHFA:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	
<b>Además de cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que ya haya proporcionado a PHFA, doy mi consentimiento para que PHFA se ponga en contacto con cualquiera de los números o las direcciones que incluyo aquí:</b>	
Número de teléfono particular con código de área: (        )        -	<input type="checkbox"/> Marque si es el método de contacto preferido.
Número de teléfono celular con código de área: (        )        -	<input type="checkbox"/> Marque si es el método de contacto preferido.
Número de teléfono laboral con código de área: (        )        -	<input type="checkbox"/> Marque si es el método de contacto preferido.
Dirección de correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Marque si es el método de contacto preferido.

### Situación militar

¿Es un miembro activo del servicio militar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se lo envió lejos de su residencia principal o recibió una orden de cambio permanente de estación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted el cónyuge sobreviviente de un miembro del servicio fallecido que estaba en servicio activo en el momento de su muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Información de quiebra

¿Se ha declarado en quiebra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿en virtud de qué capítulo?	<input type="checkbox"/> Capítulo 7 <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Capítulo 13
Número de caso de quiebra:	Fecha de presentación:
¿Se levantó la quiebra?	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

Fecha en que se levantó: \_\_\_\_\_

\*En caso afirmativo, proporcione una copia de la orden de levantamiento firmada por el tribunal.

### Dependientes en el hogar. Adjunte páginas adicionales si es necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el prestatario

**SECCIÓN 2b: BIENES E INGRESOS DEL COPRESTADOR/PRESTAMISTA ADICIONAL**

Bienes	
Cuentas corrientes	\$
Cuentas de ahorro	\$
Fondos en el mercado monetario	\$
Certificados de depósito	\$
Valores de bolsa/bonos	\$
Dinero en efectivo	\$
401(K)	\$
Otros bienes inmuebles (estimados)	\$
Otros (especificar):	\$
Bienes inmuebles de su propiedad que no sean la propiedad hipotecada por PHFA	
Dirección:	
Valor estimado:	\$
Monto total aún en hipotecas (si corresponde)	\$
Pago mensual de hipotecas (si corresponde)	\$
Si se alquila, ingreso mensual de alquiler (adjuntar el contrato de arrendamiento)	\$
Información del empleador	
Nombre del empleador actual:	
Dirección del empleador actual:	
Número de teléfono del empleador actual:	
Fuente de ingresos	Monto mensual
Ingresos netos del empleo actual	\$
Pensión alimenticia	\$
Incapacidad	\$
Asistencia pública	\$
Pensión	\$
Seguro Social	\$
Ingreso de seguro suplementario (SSI)	\$
Desempleo	\$
Indemnización por accidentes en el trabajo	\$
SNAP/asistencia alimentaria	\$
Manutención conyugal	\$
Otros ingresos (indique):	\$
Posible ingreso futuro (describa):	\$
<b>Ingreso total</b>	<b>\$</b>



## SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA PROPIEDAD

### Información general sobre la propiedad

Dirección de la propiedad:

Dirección postal (en caso de ser diferente a la dirección de la propiedad):

Deseo:  Conservar la propiedad  
 Salir de la propiedad  
 Vender la propiedad  
 No lo sé

La propiedad es actualmente mi:  
 Residencia principal  
 Residencia secundaria  
 Propiedad de inversión

La propiedad está actualmente:  
 Ocupada por el propietario  
 Ocupada por un inquilino  
 Desocupada

### Información de venta (si corresponde)

¿Quién tiene la propiedad para la venta?

Agente     Propietario

Nombre del agente:

Número de teléfono del agente:

Correo electrónico del agente:

Fecha en que se puso la propiedad a la venta:

Si la propiedad se ha puesto a la venta, ¿ha recibido alguna oferta por ella?

Sí     No

Fecha de la oferta:

Monto de la oferta: \$

### Reparaciones a la propiedad

Si corresponde, describa cualquier reparación de emergencia que su vivienda pueda necesitar (por ejemplo, calefacción y ventilación, plomería, electricidad, techo, etc.).



## SECCIÓN 4: GASTOS MENSUALES PARA VIVIR

**En los comentarios, enumere los planes o presupuestos de pago. No incluya nada si se debita automáticamente del salario.**

<b>Servicios públicos</b>	<b>Comentarios</b>	<b>Monto mensual</b>
Electricidad		\$
Gas		\$
Agua		\$
Alcantarillado		\$
Basura		\$
Aceite combustible o gas		\$
Internet		\$
Teléfono/celular		\$
Televisión por cable		\$
Cuotas de la Asociación de Propietarios/Condominios (HOA/COA, por sus siglas en inglés)		\$
<b>Subtotal de servicios públicos</b>		<b>\$</b>
<b>Transporte</b>		
Gasolina		\$
Pago de automóvil/préstamo de automóvil		\$
Seguro del automóvil		\$
Mantenimiento del automóvil: costos mensuales promedio de cambios de aceite y reparaciones		\$
Transporte público		\$
Estacionamiento		\$
<b>Subtotal de transporte</b>		<b>\$</b>
<b>Salud</b>		
Seguro médico		\$
Seguro de vida		\$
Copagos		\$
Recetas/otros		\$
<b>Subtotal de salud</b>		<b>\$</b>
<b>Comida y hogar</b>		
Abarrotes, incluida comida, cuidado personal, etc.		\$
Comidas afuera		\$
Cuidado de mascotas		\$
<b>Subtotal de comida y hogar</b>		<b>\$</b>



### SECCIÓN 4: GASTOS MENSUALES PARA VIVIR (continuación)

**En los comentarios, enumere los planes o presupuestos de pago. No incluya nada si se debita automáticamente del salario.**

Gastos familiares	Comentarios	Monto mensual
Cuidado de menores		\$
Gastos de trabajo: herramientas, equipos, suscripciones, etc.		\$
Membresía en el gimnasio, actividades infantiles, etc.		\$
Educación: libros, suministros, etc.		\$
Donaciones a la iglesia/caridad		\$
<b>Subtotal de gastos familiares</b>		<b>\$</b>
<b>Total de gastos mensuales para vivir</b>	Agregar subtotales juntos para los gastos	<b>\$</b>

#### Pagos mensuales de deudas

Titular de la deuda	Propósito	Saldo	Cantidad de pagos vencidos	Monto mensual
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
<b>Pagos totales mensuales de deudas</b>				<b>\$</b>

#### Cálculo del presupuesto del hogar

**Ingresos totales - Total de gastos para vivir - Total de pagos de deudas = Ingresos/pérdidas netos**

Ingresos totales	Total de gastos para vivir	Total de pagos de deudas	Ingresos/pérdidas netos
\$	\$	\$	\$

**SECCIÓN 5: DECLARACIÓN JURADA DE DIFICULTAD FINANCIERA****Marque todo lo que corresponda.****Tengo dificultades para realizar mi pago mensual porque:**

- El ingreso de mi hogar se ha reducido.  
(Por ejemplo, reducción de horario laboral o salario, ingresos reducidos de negocios o por cuenta propia, fallecimiento, discapacidad o divorcio).
- Mis gastos han aumentado.  
(Por ejemplo, aumento de costos por servicios médicos o de atención de la salud, préstamos estudiantiles, pérdidas no aseguradas, incremento de los servicios públicos o impuestos sobre bienes inmuebles).
- Estoy desempleado y
- recibí o recibiré beneficios de desempleo, o
  - mis beneficios de desempleo terminaron hace menos de seis meses.
- Mis pagos mensuales de deudas son excesivos y estoy extralimitado con mis acreedores.  
(Por ejemplo, tarjetas de crédito, hipotecas con garantía hipotecaria, deudas en cuotas u otras deudas).
- Mis reservas de efectivo, incluidos todos los activos líquidos, no son suficientes para mantener el pago de mi hipoteca actual y cubrir además los gastos básicos para vivir.
- Otros (adjunte páginas adicionales si es necesario): \_\_\_\_\_

**Mi dificultad comenzó aproximadamente el (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**Se espera que mi dificultad termine (marque una):**

- En seis meses o menos       En más de seis meses       Antes de esta fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Descripción de la dificultad. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Asegúrese de incluir su número de préstamo en todas las páginas adicionales. Incluya si espera reanudar los pagos de la hipoteca en el futuro y cómo espera hacerlo.**

**SECCIÓN 6: FIRMA Y FECHA****CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Certifico que la información provista con esta solicitud es verdadera y precisa. Autorizo a la Agencia de Financiamiento de Viviendas de Pensilvania (PHFA, por sus siglas en inglés) a revisar los estados de cuentas, informes de crédito y otras fuentes de información para confirmar y verificar la información que he divulgado en este informe financiero. Reconozco y comprendo que la PHFA debe cumplir con los requisitos de sus inversores y aseguradores hipotecarios, y que la evaluación de mi solicitud se basará en la información que he proporcionado en esta solicitud. Comprendo que la aprobación y evaluación de la PHFA no implica la exención o defensa del derecho de la PHFA a iniciar o continuar alguna ejecución hipotecaria u otra acción de cobro.

Comprendo que, en caso de aprobación para una modificación de préstamo, todos los prestatarios deberán firmar el Acuerdo de Modificación. Además, toda persona que no sea prestataria pero cuyos ingresos se usen para calificar para una modificación de préstamo deberá incluirse en los pagarés y escrituras de la hipoteca y firmar el Acuerdo de Modificación. **ESTO PODRÍA INCLUIR LA ABSORCIÓN DEL HISTORIAL CREDITICIO DE LA HIPOTECA.**

\_\_\_\_\_  
Firma del prestatario\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma del coprestador\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Prestatario adicional (si corresponde)\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*\*TODOS LOS PRESTATARIOS/PERSONAS CUYOS INGRESOS ESTÁN INCLUIDOS DEBEN FIRMAR Y FECHAR EL FORMULARIO\*\*\***

**LLAME AL 1-800-822-7375 SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO.  
ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO, FIRMADO Y FECHADO (CON LOS DOCUMENTOS ANEXOS) AL (717) 780-3804  
O POR CORREO A:**

**PHFA  
211 NORTH FRONT STREET  
HARRISBURG, PA 17101  
Attention: Loan Servicing**