

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON LA HIPOTECA DE TEXAS (TEMAP)**  
**SOLICITUD PARA PROPIETARIOS DE VIVIENDA**

|  |
|--|
| <b>A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR/BENEFICIARIO SECUNDARIO DEL PROGRAMA TEMAP</b> |
| 1. Nombre del administrador:   |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b> |   |
| 1. Nombre del solicitante:            |   |
| 2. Dirección:                         |   |
| 3. Ciudad/Estado/Código postal:       | 4. Condado:   |
| 5. Dirección de correo electrónico:   | 6. Teléfono particular: (    ) -<br>7. Teléfono celular: (    ) - |

|   |
|---|
| <b>C. INFORMACIÓN HIPOTECARIA</b>   |
| 1. Nombre del prestamista hipotecario:<br>El prestamista hipotecario es un prestamista elegible de acuerdo con las directrices de TEMAP. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Información de contacto (correo electrónico y/o número de teléfono):  |
| 2. ¿Su hipoteca está en refinanciación? Sí No<br>En caso afirmativo, ¿su refinanciación es superior a cinco (5) meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 3. Su hipoteca es: 1) en primer grado <input type="checkbox"/> o una hipoteca en primer y segundo grado <input type="checkbox"/>  |
| 4. ¿Su hipoteca se financia con fondos federales, estatales o locales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 5. Fecha de compra:<br>Fecha en que se construyó la vivienda:   |
| 6. Número de habitaciones en la vivienda:   |
| 7. Monto del pago mensual de la hipoteca: \$<br>Incluya el monto total en el estado de cuenta hipotecario (capital, interés y depósito en garantía para impuestos y/o seguro).<br><br>Si necesita asistencia para determinar el monto correcto a continuación, consulte con el proveedor de asistencia.   |
| 8. 150 % del SAFMR o del FMR: \$<br>Determine el 150 % del alquiler promedio del mercado para áreas pequeñas (SAFMR) o del alquiler promedio del mercado (FMR) aplicable para el tamaño actual de su unidad y el condado o código postal. <a href="#">AQUÍ.</a><br><br><i>* Si el alquiler del contrato es mayor del 150 % del SAFMR o del FMR, su vivienda no es elegible para recibir asistencia y puede dejar de completar el resto de la solicitud.</i> |

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON LA HIPOTECA DE TEXAS (TEMAP)**  
**SOLICITUD PARA PROPIETARIOS DE VIVIENDA**

**D. EVALUACIÓN DE NECESIDADES**

**1. Monto adeudado al prestamista hipotecario**

a. ¿El pago de su hipoteca incluye depósito en garantía para impuestos y seguro?  Sí  No

Indique el monto mensual por depósito en garantía: \$

b. ¿Adeuda recargos por mora?  Sí  No

Indique el monto total de recargos por mora: \$

c. **Monto total de la hipoteca actualmente adeudado a su prestamista: \$**

Incluya la hipoteca del mes actual y los atrasos adeudados.

d. **Indique los meses anteriores por los que se adeuda la hipoteca:**

Incluya tanto el mes como el año. Por ejemplo: 10/2020, 11/2020 y 12/2020.

e. **Indique los meses actuales y futuros para los que está buscando asistencia con la hipoteca:**

Tenga en cuenta que los meses de asistencia anterior, actual y futura no pueden exceder los seis (6) meses y debe incluir al menos un mes actual o futuro.

**2. Asistencia con la hipoteca recibida**

a. ¿Ha recibido asistencia con la hipoteca de otras fuentes (por ejemplo, ciudad, condado, iglesia u otra organización) durante los meses en que busca asistencia con la hipoteca?  Sí  No

➔ Si la respuesta es negativa, omita el resto de esta pregunta.

b. **En caso afirmativo, ¿cuál es el monto total de asistencia con la hipoteca que ya recibió?**

• Indique el (los) mes(es) que cubrió la asistencia con la hipoteca:

• ¿Cuál fue la fuente de asistencia (por ejemplo, nombre del programa de asistencia)?

**3. Necesidad insatisfecha**

**¿Cuál es su necesidad insatisfecha total?**

Calcule el monto total de la hipoteca que adeuda actualmente a su compañía hipotecaria (punto D1c) menos (-) el monto total de asistencia con la hipoteca ya recibida (punto D2b).

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON LA HIPOTECA DE TEXAS (TEMAP)

## SOLICITUD PARA PROPIETARIOS DE VIVIENDA

| <b>E. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR</b><br>(Incluya a todos los integrantes del grupo familiar)   |   |                     |  |  |  |                          |
|---|---|---------------------|--|--|--|--------------------------|
| Nombre completo<br>(exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento de identificación)  | Parentesco con la cabeza del grupo familiar   | Fecha de nacimiento | Género   | Condición de estudiante  | ¿Recibe ingresos?  | Marque si es veterano    |
| 1.  | Cabeza del grupo familiar   |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Tiempo completo<br><input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 10.   | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| 11.   | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto |                     | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <p>a. ¿Algún integrante del grupo familiar mencionado anteriormente es un hijo adoptivo?<br/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?</p> <p>b. ¿Alguno de los integrantes del grupo familiar mencionado anteriormente vive en la vivienda como acompañante?<br/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?</p> |   |                     |  |  |  |                          |

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON LA HIPOTECA DE TEXAS (TEMAP)**  
**SOLICITUD PARA PROPIETARIOS DE VIVIENDA**

| E. ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA   |                      |   |  |  |
|--|----------------------|---|--|--|
| <b>¿El grupo familiar está compuesto por seis (6) integrantes o menos Y recibe beneficios de SSI (para la cabeza o corresponsable del grupo familiar), LIHEAP o SNAP?</b><br><input type="checkbox"/> <b>Sí</b> En caso afirmativo, adjunte la documentación de respaldo original y omita la sección H. <input type="checkbox"/> <b>No</b> |                      |   |  |  |
| G. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL  |                      |   |  |  |
| Agregue una hoja adicional si necesita espacio para incluir los ingresos de integrantes adicionales del grupo familiar.  |                      |   |  |  |
| <b>1. Nombre del integrante del grupo familiar:</b>  |                      | <b>Ocupación:</b>   |  | <b>Teléfono laboral:</b> (    ) -        |
| <b>Nombre y dirección del empleador:</b>   |                      | <b>Ciudad:</b>  |  | <b>Estado:</b> <b>Código postal:</b>     |
| <b>Fecha de contratación:</b>  | <b>Sueldo:</b><br>\$ | <b>Período de pago:</b> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26)<br><input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro |  | <b>Horas trabajadas por semana:</b>      |
|  |                      |   |  | <b>Correo electrónico del empleador:</b> |
| <b>2. Nombre del integrante del grupo familiar:</b>  |                      | <b>Ocupación:</b>   |  | <b>Teléfono laboral:</b> (    ) -        |
| <b>Nombre y dirección del empleador:</b>   |                      | <b>Ciudad:</b>  |  | <b>Estado:</b> <b>Código postal:</b>     |
| <b>Fecha de contratación:</b>  | <b>Sueldo:</b><br>\$ | <b>Período de pago:</b> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26)<br><input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro |  | <b>Horas trabajadas por semana:</b>      |
|  |                      |   |  | <b>Correo electrónico del empleador:</b> |
| <b>3. Nombre del integrante del grupo familiar:</b>  |                      | <b>Ocupación:</b>   |  | <b>Teléfono laboral:</b> (    ) -        |
| <b>Nombre y dirección del empleador:</b>   |                      | <b>Ciudad:</b>  |  | <b>Estado:</b> <b>Código postal:</b>     |
| <b>Fecha de contratación:</b>  | <b>Sueldo:</b><br>\$ | <b>Período de pago:</b> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26)<br><input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro |  | <b>Horas trabajadas por semana:</b>      |
|  |                      |   |  | <b>Correo electrónico del empleador:</b> |
| <b>4. Nombre del integrante del grupo familiar:</b>  |                      | <b>Ocupación:</b>   |  | <b>Teléfono laboral:</b> (    ) -        |
| <b>Nombre y dirección del empleador:</b>   |                      | <b>Ciudad:</b>  |  | <b>Estado:</b> <b>Código postal:</b>     |

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON LA HIPOTECA DE TEXAS (TEMAP)**  
**SOLICITUD PARA PROPIETARIOS DE VIVIENDA**

|                               |                      |   |                                     |  |
|-------------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|--|
| <b>Fecha de contratación:</b> | <b>Sueldo:</b><br>\$ | <b>Período de pago:</b> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26)<br><input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro | <b>Horas trabajadas por semana:</b> | <b>Correo electrónico del empleador:</b> |
|-------------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|--|

**H. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL**  
Agregue una hoja adicional si necesita espacio para incluir los ingresos de integrantes adicionales del grupo familiar.

|   |                   |                                   |  |
|---|-------------------|-----------------------------------|--|
| <b>5. Nombre del integrante del grupo familiar:</b> | <b>Ocupación:</b> | <b>Teléfono laboral:</b> (    ) - |  |
|---|-------------------|-----------------------------------|--|

|  |                |                |                       |
|--|----------------|----------------|-----------------------|
| <b>Nombre y dirección del empleador:</b> | <b>Ciudad:</b> | <b>Estado:</b> | <b>Código postal:</b> |
|--|----------------|----------------|-----------------------|

|                               |                      |   |                                     |  |
|-------------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|--|
| <b>Fecha de contratación:</b> | <b>Sueldo:</b><br>\$ | <b>Período de pago:</b> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26)<br><input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro | <b>Horas trabajadas por semana:</b> | <b>Correo electrónico del empleador:</b> |
|-------------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|--|

|   |                   |                                   |  |
|---|-------------------|-----------------------------------|--|
| <b>6. Nombre del integrante del grupo familiar:</b> | <b>Ocupación:</b> | <b>Teléfono laboral:</b> (    ) - |  |
|---|-------------------|-----------------------------------|--|

|  |                |                |                       |
|--|----------------|----------------|-----------------------|
| <b>Nombre y dirección del empleador:</b> | <b>Ciudad:</b> | <b>Estado:</b> | <b>Código postal:</b> |
|--|----------------|----------------|-----------------------|

|                               |                      |   |                                     |  |
|-------------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|--|
| <b>Fecha de contratación:</b> | <b>Sueldo:</b><br>\$ | <b>Período de pago:</b> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26)<br><input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro | <b>Horas trabajadas por semana:</b> | <b>Correo electrónico del empleador:</b> |
|-------------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|--|

**I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:** el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA) solicita esta información como requisito para elaboración de informes. Aunque el TDHCA agradecería recibir esta información, usted puede elegir no proporcionarla. No será discriminado debido a esta información, ni si decide proporcionarla o no.

Si no desea proporcionar esta información, marque esta casilla:

**Códigos de origen étnico:**  
**H** – Hispano: persona oriunda de Cuba, México, Puerto Rico, América del Sur o América Central, o de otra cultura u origen hispánico, independientemente de la raza. Términos tales como “latino” o “de origen hispánico” se aplican a esta categoría.  
**NH** – No hispano

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON LA HIPOTECA DE TEXAS (TEMAP)

## SOLICITUD PARA PROPIETARIOS DE VIVIENDA

| <b><u>Elija todos los códigos de raza aplicables:</u></b><br>1. Indio americano o nativo de Alaska<br>2. Asiático<br>3. Negro o afroestadounidense<br>4. Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico<br>5. Blanco |                         | <b><u>Códigos de edad:</u></b><br>A. 0 a 17 años<br>B. 18 a 24 años<br>C. 25 a 61 años<br>D. Mayor de 62 años |                | <b><u>Condición de discapacidad:</u></b><br>Una persona con una discapacidad tiene un impedimento físico o mental que limita de manera considerable una o más de las actividades vitales principales; un registro de tal impedimento; o bien ser considerado como que tiene tal impedimento. La definición de discapacidad no incluye el consumo ilegal o la adicción actual a una sustancia controlada. |
|--|-------------------------|---|----------------|--|
| Integrante   | Código de origen étnico | Código de raza  | Código de edad | Marque si la persona tiene una discapacidad  |
| <b>Ejemplo</b>   | <i>H</i>                | <i>2, 3</i>   | <i>C</i>       | <input checked="" type="checkbox"/>  |
| 1 (cabeza)   |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 2  |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 3  |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 4  |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 5  |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 6  |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 7  |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 8  |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 9  |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 10   |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |
| 11   |                         |   |                | <input type="checkbox"/>   |

### J. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Por medio del presente documento, cada uno de los Solicitantes que firma para participar en el Programa de Asistencia de Emergencia con la Hipoteca de Texas (TEMAP) certifica que toda la información facilitada en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre empleo, alquiler e ingresos.

\_\_\_\_\_

Nombre del solicitante en letra de imprenta                      Firma                      Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del cosolicitante en letra de imprenta                      Firma                      Fecha

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON LA HIPOTECA DE TEXAS (TEMAP)

## SOLICITUD PARA PROPIETARIOS DE VIVIENDA

**Advertencia.** La sección 1001 del título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito penal hacer declaraciones falsas en forma premeditada a cualquier Departamento o Agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.

*Se implementarán adaptaciones razonables para completar la solicitud para personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a personas con un dominio limitado del idioma inglés.*



### DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

Dirección: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 | Dirección postal: P.O. Box 13941, Austin, TX 78711

Número principal: 512-475-3800 Línea gratuita: 1-800-525-0657

Correo electrónico: [info@tdhca.state.tx.us](mailto:info@tdhca.state.tx.us) Web: [www.tdhca.state.tx.us](http://www.tdhca.state.tx.us)

