



2320 Cutting Boulevard tel 510.237.6459
Richmond, CA 94804 fax 510.237.6482

Estimado Propietario:

Nos alegra el hecho de que Usted haya dado el primer paso y habernos contactado acerca de su hipoteca. Entendemos lo difícil que ha sido y le prometemos trabajar con usted para encontrar una solución a su situación.

Para ayudarnos a ayudarlo, por favor llene cuanto le sea posible de la solicitud que se adjunta. Ponga mucha atención a la sección de los "Costos de Vida" y sea lo más realista posible al poner sus gastos mensuales. Si hay alguna pregunta o información que usted no entienda, no se preocupe. Haga lo mejor por su cuenta e iremos juntos con el resto.

Usted encontrará que se enfatiza en ser sincero. No podemos ayudarlo a encontrar una solución a menos que tengamos una visión completa y precisa. We can't help with a resolution unless we have a complete and accurate picture of your situation. **Un plan basado en medias verdades está certeramente destinado a fallar.**

Traiga su solicitud completamente a nuestra oficina (asegure se de escribir el número de su préstamo en la esquina superior derecha de cada página.)

Por favor preséntese con tiempo a la cita una vez que el consejero se la asigne. Muchas familias se encuentran en la misma situación que usted y la demanda de nuestros servicios es alta. Puede comunicarse con nosotros al (510) 237-6459.

Usted ha dado el primer paso para resolver su situación. Estamos deseando trabajar con usted.

Sinceramente,

Eastbay NHS/ dba Richmond NHS

DOCUMENTOS REQUERIDOS

(!Solo se aceptan copias – no originales!)

- Nota Hipotecaria y/o Nota Fideicomiso** – Estos documentos los encuentra en el paquete que recibió cuando compró su casa o su más reciente trámite de refinanciación. Busque el documento titulado “DEED OF TRUST” y copie todas sus páginas (Si dice en la parte inferior “Page 1 of 15”, necesitaremos todas las 15 páginas.) Así mismo adjunte cualquiera de estos documentos si los encuentra entre ellos:
 - Adjustable Rate Rider Condominium Rider Second Home Rider
 - Balloon Rider Planned Unit Development Rider
 - Family Rider VA Rider Biweekly Payment Rider
 - Other(s) [specify] _____

- Recibo del Impuesto a la propiedad** – Por favor incluya el recibo más reciente de sus impuestos a la propiedad. Si están incluidos en su pago mensual hipotecario, déjenos saber y márkuelo en su solicitud.

- Seguro de Propiedad** – Por favor incluya copia de la página de Declaración Del Seguro a la Propiedad.

- Estado de Cuenta Hipotecario** – Por favor incluya el recibo más reciente de su pago hipotecario. Este es el documento que usted recibe mensualmente al hacer el pago de su casa.

- Carta de Penuria** – La carta de penuria deberá ser escrita en idioma inglés y dirigida a su banco hipotecario. Plantee la naturaleza de su corriente situación económica, cuando comenzó, por cuanto tiempo durará, que planes tiene para superarlo y que asistencia necesita usted de su banco hipotecario. ¡Tenga presente que detrimentos (perdida) del valor a la propiedad no son considerados elemento de penuria!

- Estados de cuentas Bancarios** – Los 2 más recientes estados de cuentas bancarios – completamente con todas sus páginas, aún si estas se encuentran en blanco o no sean relevantes para usted. Además debemos tener copia del estado de cuenta original, el que usted recibe mensualmente por correo o en línea – una historia de transacciones impresa desde la página Web de su banco no es suficiente ni aceptable.

- Colillas Salariales** - Si esta empleado, por favor provea la colilla salarial de los últimos 60 días, donde se muestre Año-a la-Fecha (YTD) del empleo de los solicitantes. (Si le pagan semanal, envíe los últimos 8 más recientes, colillas consecutivas de pago; Si le pagan bi-mensual o quincenal, envíe los últimos 4 más recientes, colillas consecutivas de pago; Si le pagan mensual, envíe los últimos 2 más recientes, colillas consecutivas de pago.) Si es empleado por cuenta propia, por favor provea su reporte de pérdidas & ganancias del Año-a la-Fecha (YTD). Si tiene ingreso de renta, por favor provea la forma de propiedades en bienes raíces completadas (REO), junto con contrato de renta y prueba del ingreso de renta depositado en su cuenta bancaria.

- Declaración de Impuestos** – Por favor provea copia de su declaración de impuestos de los dos años más recientes, adjunte todas las planillas, así como formas W-2, 1099, etc. que soportan dichas declaraciones.

- Deudas** – Por favor provea copia de los estados de cuenta más recientes de todas sus deudas, tarjetas de crédito y otros préstamos.

- Recibo de Utilidades** – Por favor provea copia de los estados de cuenta más recientes de todas sus utilidades (electricidad/gas, agua/alcantarillado, teléfono celular/casa, servicio de cable/satélite (bundles), seguros de carro, vida u otros seguros, etc.)

Recuerde que todos los documentos arriba mencionados son obligatorios. Si alguno faltase, su caso se retrasará. Así mismo queremos informarle que cada vez que requerimos algún documento faltante o adicional y usted no nos lo hace llegar a tiempo, necesitaremos actualizar el resto de documentos ya en su archive. No podemos enviar paquetes de modificación con colillas salariales y estados de cuentas bancarios de mas de 60 días de antigüedad, ya que serán descartados por su banco hipotecario. Recuerde actualizar su archive si hay algún cambio en su corriente situación financiera.

Vea ejemplo de formas que talvez pudiese aplicar a su situación: P&L; REO

Compromiso de Neighborhood Housing Services
Contrato Cliente/Consejero

Neighborhood Housing Services of Richmond y sus consejeros acuerdan proveer lo siguiente:

- Desarrollo de un plan de gastos
- Análisis del Incumplimiento hipotecario, incluyendo la cantidad y la causa del mismo
- Presentación y explicación de opciones razonables disponibles al propietario
- Asistencia en la comunicación con los servidores hipotecarios y otros acreedores
- Conclusión a tiempo de la acción prometida
- Explicación del proceso de colección y embargo
- Identificación de los recursos de asistencia
- Referencias para los recursos necesitados
- Confidencialidad, honestidad, respeto y profesionalismo en todos los servicios

Yo/Nosotros, _____(Propietarios) acordamos los siguientes términos de servicio:

- Yo/Nosotros siempre proveeremos una información completa y honesta a mi/nuestro Consejero, ya sea verbal o escrito.
- Yo/Nosotros siempre proveeremos toda la documentación necesaria y la continua información al término del tiempo requerido.
- Yo/Nosotros estaremos a tiempo a nuestras citas y entender que si estamos tarde, la cita se finalizará a la hora programada.
- Yo/Nosotros llamaremos con 6 horas de anticipación a la cita programada, si no podemos asistir a la misma.
- Yo/Nosotros contactaremos al Consejero acerca de cualquier cambio de nuestra situación inmediatamente.
- Yo/Nosotros entendemos que si quebrantamos este acuerdo la organización de consejería puede causar la interrupción de mi/nuestra asistencia.

Propietario

Fecha

Propietario

Fecha

Propietario

Fecha

Consejero

Fecha

Consejero

Fecha



2320 Cutting Boulevard
 Richmond, CA 94804
 Tel. 510.237.6459
 Fax 510.237.6482
 Email: info@eastbaynhs.org



A member of the HOPE NOW Alliance

Fecha: ____ / ____ / ____

NFMC PETICION PARA CONSEGERIA

- Prevención de Embargo de Casa – Ejecución Hipotecaria Pagos Hipotecarios Atrasados (Delincuencia Hipotecaria)
 Consejería Hipotecaria (sin delincuencia hipotecaria)

SOLICITANTE		Favor de Escribir Claro		CO-SOLICITANTE		Favor de Escribir Claro	
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Titulo: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Titulo: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Apellido, Nombre				Apellido, Nombre			
Numero de Seguro Social: _____ - ____ - _____				Numero de Seguro Social: _____ - ____ - _____			
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____				Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____			
Dirección:				Dirección:			
Ciudad, Estado, Código Postal				Ciudad, Estado, Código Postal			
Tiempo en esta dirección: _____ Años _____ Meses				Tiempo en esta dirección: _____ Años _____ Meses			
Dirección de Correo Electrónico: _____ Modo Preferido de Contacto ()				Dirección de Correo Electrónico: _____ Modo Preferido de Contacto ()			
Numero Telefónico de Día () Trabajo () Casa () Celular Modo Preferido de Contacto ()				Numero Telefónico de Día () Trabajo () Casa () Celular Modo Preferido de Contacto ()			
Numero Telefónico de Noche () Trabajo () Casa () Celular Preferred ()				Numero Telefónico de Noche () Trabajo () Casa () Celular Preferred ()			
Estimado de Ingreso Anual \$ _____				Estimado de Ingreso Anual \$ _____			
Composición Familiar & Estado Civil Elegir lo que aplique				Composición Familiar & Estado Civil Elegir lo que aplique			
() Soltero(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Separado(a) () Viudo(a)				() Soltero(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Separado(a) () Viudo(a)			
() Jefe de Familia () Dos o mas adultos no familiares				() Jefe de Familia () Dos o mas adultos no familiares			
Raza / Ethnicidad Elegir lo que aplique				Raza / Ethnicidad Elegir lo que aplique			
<input type="checkbox"/> Afro-americano		<input type="checkbox"/> Hispano		<input type="checkbox"/> Afro-americano		<input type="checkbox"/> Hispano	
<input type="checkbox"/> Blanco, de origen no hispano		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Blanco, de origen no hispano		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacifico		<input type="checkbox"/> Nacido en el Extranjero		<input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacifico		<input type="checkbox"/> Nacido en el Extranjero	
<input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano		<input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano	
		<input type="checkbox"/> Residente Permanente				<input type="checkbox"/> Residente Permanente	
Educación & Necesidades Especiales Elegir lo que aplique				Educación & Necesidades Especiales Elegir lo que aplique			
<input type="checkbox"/> Estudios de Primaria o Secundaria		<input type="checkbox"/> Discapacitado		<input type="checkbox"/> Estudios de Primaria o Secundaria		<input type="checkbox"/> Discapacitado	
<input type="checkbox"/> Diploma de High School		<input type="checkbox"/> Veterano		<input type="checkbox"/> Diploma de High School		<input type="checkbox"/> Veterano	
<input type="checkbox"/> Algo de estudios Universitarios		<input type="checkbox"/> Trabajador Migrante de Campo		<input type="checkbox"/> Algo de estudios Universitarios		<input type="checkbox"/> Trabajador Migrante de Campo	
<input type="checkbox"/> Licenciatura		<input type="checkbox"/> Idioma nativo: _____		<input type="checkbox"/> Licenciatura		<input type="checkbox"/> Idioma nativo: _____	
<input type="checkbox"/> Maestría				<input type="checkbox"/> Maestría			
<input type="checkbox"/> Doctorado				<input type="checkbox"/> Doctorado			
Situación Actual de Vivienda Elegir lo que aplique				Composición Familiar Elegir lo que aplique			
<input type="checkbox"/> Renta		<input type="checkbox"/> Propietario		<input type="checkbox"/> Dependientes			
<input type="checkbox"/> Sección 8 / Vivienda Publica (asistencia del Estado)		<input type="checkbox"/> Con Hipoteca		o Adulto o Menor Edad _____ Total de personas en la casa: _____			
<input type="checkbox"/> Viendo con Familiares/Amigos (no esta pagando renta)		<input type="checkbox"/> Hipoteca Pagada		o Adulto o Menor Edad _____			
<input type="checkbox"/> Sin Hogar		<input type="checkbox"/> Prestamos Predatorios		o Adulto o Menor Edad _____			
		<input type="checkbox"/> Victima		o Adulto o Menor Edad _____			
		<input type="checkbox"/> Otror: _____					

Información Sobre su Casa

<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Condominio/ Chalet <input type="checkbox"/> Unidad 2-4 <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Casa Trailer <input type="checkbox"/> Otra: _____		Condición de Casa: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Promedio <input type="checkbox"/> Mala	
Dirección de la Propiedad:			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Precio Original de Compra	\$	Cantidad que se debe (Total)	\$
Numero de Habitaciones		Año Comprada	
Numero de Baños		Ultimo Año Refinanciada	
Año Construida / Edad de la Casa		Valor en el Mercado / Precio en Venta	\$
Esta usted trabajando con un agente de Bienes Raíces? Si / No Nombre/Teléfono:		¿Numero de días que lleva su casa en venta?	

Información sobre sus Prestamos y Obligaciones de Casa

	Prestamista Actual & Numero de Préstamo(s)	# Pagos Fallidos	Tipo de Interés / Termino / Fecha de Ajuste	Balance	Pago Mensual (mensualidades)
1	Préstamo #	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> 1 -2 Fallos <input type="checkbox"/> 3 - 4 Fallos <input type="checkbox"/> 5 o Mas Fecha de Ultimo Pago:	<input type="checkbox"/> Interés Fijo <input type="checkbox"/> ARM <input type="checkbox"/> I/O <input type="checkbox"/> Hibrido <input type="checkbox"/> 3/27 <input type="checkbox"/> 2/28 <input type="checkbox"/> FHA <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Privado Tipo de Interés: _____ Fecha de Ajuste: _____	\$	\$
				Si es un préstamo ARM, ¿ya ha sido reestablecido el tipo de interés? Y / N ¿El prestamista ha negociado con usted previamente? Y / N	
2	Préstamo #	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> 1 -2 Fallos <input type="checkbox"/> 3 - 4 Fallos <input type="checkbox"/> 5 o Mas Fecha de Ultimo Pago:	<input type="checkbox"/> Interés Fijo <input type="checkbox"/> ARM <input type="checkbox"/> I/O <input type="checkbox"/> Hibrido <input type="checkbox"/> 3/27 <input type="checkbox"/> 2/28 <input type="checkbox"/> FHA <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Privado Tipo de Interés: _____ Fecha de Ajuste: _____	\$	\$
				Si es un préstamo ARM, ¿ya ha sido reestablecido el tipo de interés? Y / N ¿El prestamista ha negociado con usted previamente? Y / N	
3	Préstamo #	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> 1 -2 Fallos <input type="checkbox"/> 3 - 4 Fallos <input type="checkbox"/> 5 o Mas Fecha de Ultimo Pago:	<input type="checkbox"/> Interés Fijo <input type="checkbox"/> ARM <input type="checkbox"/> I/O <input type="checkbox"/> Hibrido <input type="checkbox"/> 3/27 <input type="checkbox"/> 2/28 <input type="checkbox"/> FHA <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Privado Tipo de Interés: _____ Fecha de Ajuste: _____	\$	\$
				Si es un préstamo ARM, ¿ya ha sido reestablecido el tipo de interés? Y / N ¿El prestamista ha negociado con usted previamente? Y / N	
4	Impuestos de Propiedad ¿Fideicomiso? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Tarde Fecha de Ultimo Pago:		\$	\$
5	Seguro de Casa ¿Fideicomiso? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Tarde Fecha de Ultimo Pago:		\$	\$
6	Asociación de Propietarios (HOA)	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Tarde Fecha de Ultimo Pago:		\$	\$
TOTAL				\$	\$

DEUDA, CREDITO & RESPONSABILIDADES		Solicitante		Co-Solicitante	
<i>Listar todos los pagos de deudas como de tarjetas de crédito, pagos de su automóvil, préstamos de estudiantiles. No incluya las cuentas que paga de utilidades (luz agua, gas, etc.) en esta sección.</i>					
Nombre del Prestamista		Pago Mínimo Mensual	Saldo De Adeudo	Pago Mínimo Mensual	Saldo De Adeudo
Pago de Automóvil		\$	\$	\$	\$
Tarjeta de Crédito		\$	\$	\$	\$
Tarjeta de Crédito		\$	\$	\$	\$
Tarjeta de Crédito		\$	\$	\$	\$
Tarjeta de Crédito		\$	\$	\$	\$
Préstamo de Instalación (Muebles, etc.)		\$	\$	\$	\$
Préstamo para Estudios		\$	\$	\$	\$
Gastos de Manutención		\$	\$	\$	\$
Deuda Total & Responsabilidades		\$	\$	\$	\$
TOTAL DE PAGOS MENSUALES DE DEUDAS					\$

¿Cual es la razón principal por la cual no ha podido pagar su hipoteca? (Elegir Una)

<input type="checkbox"/> Reducción de Ingresos	<input type="checkbox"/> Asuntos Médicos	<input type="checkbox"/> Perdida de valor de casa	<input type="checkbox"/> Cambio de Interés / Aumento de Pago
<input type="checkbox"/> Perdida de Ingresos	<input type="checkbox"/> Falta de Presupuesto	<input type="checkbox"/> Divorcio / Separación	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Fracazo de Negocio	<input type="checkbox"/> Aumento en Gastos	<input type="checkbox"/> Fallecimiento de Familiar	

¿Que tipo de documentación fue requerida cuando obtuvo su préstamo actual?

<input type="checkbox"/> Documentación Completa	<input type="checkbox"/> Ningún Tipo de Documentación	<input type="checkbox"/> Documentación de Ingresos	<input type="checkbox"/> No Recuerda/ No Sabe
<input type="checkbox"/> Poca Documentación			

Díganos sobre sus pagos atrasados o de su bancarrota	Solicitante		Co-Solicitante	
¿Actualmente tiene pagos atrasados en algún préstamo? Si es afirmativo, proveer explicación en una hoja aparte.	SI	NO	SI	NO
¿Esta usted actualmente en CAPITULO 13 de bancarrota? Si es afirmativo, ¿cuando inicio? ¿Cuándo terminara de pagar? ¿Cuánto es el pago?	SI	NO	SI	NO
Ha usted aplicado para el Capitulo 7 de Bancarrota?	SI	NO	SI	NO
En caso afirmativo, ¿cuando fue dado de baja?	____/____/____		____/____/____	

Disponible			
Cuentas de Cheque(s)		\$	\$
Cuentas de Ahorro(s)		\$	\$
Fondos Mutuos, Valores, Bonos		\$	\$
Fondos de Retiro		\$	\$
¿Valor en Efectivo de su Póliza de Seguro de Vida?		\$	\$
Otros Bienes		\$	\$
TOTAL DE EFECTIVO Y BIENES		\$	\$
TOTAL DE LOS BIENES COMBINADOS DEL HOGAR (Solicitante + Co-Solicitante)			\$
Si espera recibir fondos adicionales (retorno de impuestos, venta de propiedades, etc.) indique la cantidad aquí			\$

Díganos Sobre Su Trabajo/ Empleo	Solicitante		Co-Solicitante	
Empleador Actual (Nombre, Dirección, Teléfono)				
Título				
Fecha De Inicio / Años en el Trabajo	/ /	____ Años	/ /	____ Años
Otro Empleo Actual OR Antiguo Empleo (Si es actual, menos de años)				
Título				
Fecha De Inicio / Años en el Trabajo	/ /	____ Años	/ /	____ Años

CONFIDENTIAL - 4

Como Se Entero De Nosotros			(Elegir Una)
<input type="checkbox"/> Amigo/ Familiar <input type="checkbox"/> Miembro de la Mesa Directiva de NHS <input type="checkbox"/> Cliente de NHS <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Línea de ayuda HOPE <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Prestamista/ Banco <input type="checkbox"/> Agente de Bienes Raíces	<input type="checkbox"/> Gobierno Local <input type="checkbox"/> Gobiernos del Condado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> HUD / Fannie Mae <input type="checkbox"/> RHA
<i>Para Uso Oficial Solamente</i>			
Numero de Cliente _____ Asignado a _____			
Reporte de Crédito: TU [_____] Exp [_____] Eq [_____] <input type="checkbox"/> Tri-Merge			
Fundado por: [] HPF [] NFMC [] HUD [] RHA [] NHS [] NHSA			

CONFIDENTIAL Pagina 4

Ingresos Mensuales <i>(todas las fuentes)</i>	Solicitante	Co-Solicitante
Salario/Sueldo (Bruto / Neto Mensual)	\$ /	\$ /
Pago de Sobre-tiempo	\$	\$
2do Trabajo/Medio-Tiempo/Temporal	\$	\$
Comisiones/Bonos/Propinas	\$	\$
<input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA Beneficios	\$	\$
Desempleo/Compensación de Desabilidad	\$	\$
<input type="checkbox"/> Asistencia Publica <input type="checkbox"/> Foster Care	\$	\$
Auto Empleado (Ingreso Neto)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Alimony <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Ingreso de Separación	\$	\$
Otro (explicar)	\$	\$
TOTAL DE INGRESO MENSUAL	\$	\$
TOTAL DE INGRESO ANUAL	\$	\$
INGRESO COMBINADO ANUAL		\$
Gastos Mensuales Regulares De Costo De Vida	Solicitante	Co-Solicitante
Servicio combo <u> </u> Si <u> </u> No Cable/TV Satélite	\$	\$
Cuidado de Niños / Manutención	\$	\$
Caridades(Regalos, Donaciones)	\$	\$
Pago de Tutor \$ <u> </u> Educación \$ <u> </u>	\$	\$
Entretenimiento <i>(Cine, DVDs, Música)</i>	\$	\$
Comida: Salir a Comer \$ <u> </u> En el trabajo \$ <u> </u>	\$	\$
Comida: Supermercado	\$	\$
Lavandería y Tintorería	\$	\$
Seguro(s) de Auto <u> </u> / Vida <u> </u> / Otros <u> </u>	\$	\$
Gastos Médicos y Dentales no incluidos en su salario	\$	\$
Teléfono: Casa <u> </u> / Celular <u> </u> , DSL <u> </u>	\$	\$
Transporte: Gasolina y mantenimiento de vehículo	\$	\$
Transporte: Peaje <u> </u> , Autobús <u> </u> , BART <u> </u>	\$	\$
Utilidades: Agua	\$	\$
Utilidades: Basura	\$	\$
Utilidades: Gas & Electricidad	\$	\$
Ahorro mensual	\$	\$
Otros :	\$	\$
Otros :	\$	\$
TOTAL DE GASTOS DE COSTO DE VIDA	\$	\$
GASTOS DE COSTO DE VIDA COMBINADOS		\$

2320 Cutting Blvd.
Richmond, CA 94804
Phone: (510)237-6459
Fax: (510)237-6482



ACUERDO DE AUTORIZACION

Yo autorizo a **Neighborhood Housing Services (NHS)** y a sus consejeros: **Eric Nobles, Javier Hernandez & Lynette Gibson McElhaney** a:

- (a) Discutir y negociar mi solicitud de préstamo o estado de mi hipoteca con el prestamista, abogado, representante y/o la compañía de título;
- (b) Usar y compartir información estadística sobre mi transacción con NeighborWorks® America, HUD o otro proveedores de gobierno en conformidad con el Acta de Privacidad ; y,
- (c) Obtener mi/nuestro reporte de crédito para revisar mi/nuestro historial de crédito con fines de recibir consejería relacionada a conseguir u préstamo para la compra de una propiedad;
- (d) Obtener mi/nuestro reporte y revisar mi/nuestro historial de crédito para propósitos de investigación de información;
- (e) Obtener una copia del HUD-1 / Acuerdo de Liquidación (Settlement Statement), Valoración, y notas de Bienes Raíces de su prestamista y/o la compañía de título que cerro el préstamo, si compré o refinancié.
- (f) Permitir a NeighborWorks® America o a sus representantes autorizados, terceras personas/contratistas debidamente designadas y/o a agentes (para razones de evaluaciones del programa) a obtener y revisar información y registros de crédito del cliente, incluyendo reporte de crédito, hasta dos (2) veces adicionales entre la fecha de registro del cliente y el 30 de Junio del 2013 y para dar entrevistas de seguimiento con los clientes por razones de evaluación.

Esta autorización extiende a la agencia de asesoramiento el derecho de usar copias fotostáticas de mi/nuestras firmas abajo para obtener información sobre cualquiera de los temas mencionados previamente.

Yo/Nosotros entendemos que cualquier representación intencional o negligente de la información contenida en este formulario puede resultar en una responsabilidad civil y/o responsabilidad criminal bajo las provisiones del Título 18, Del Código del los Estados Unidos, Sección 1001.

Firma del Solicitante
Fecha

Fecha Firma del Co-Solicitante

Nombre del Solicitante (Favor de Escribir Claro/Imprimir)

Nombre del Co-Solicitante (Favor de Escribir Claro/Imprimir)

Numero de Seguro Social

Número de Seguro Social

Prestamista

de Préstamo

Prestamista

de Préstamo

Prop. Address: _____

Clave



2320 Cutting Blvd.
Richmond, CA 94804
Phone: (510)237-6459
Fax: (510)237-6482



AUTHORIZATION AGREEMENT

I authorize Neighborhood Housing Services (NHS) and its counselors Eric Nobles, Javier Hernandez & Lynette Gibson McElhaneey to:

- (a) Discuss and negotiate my loan application or mortgage status with my lender, attorney, trustee and/or title company; **This Authorization is effective for the duration of the loan modification, obtain a loan, refinance, or rehabilitation process.**
- (b) Share statistical information about my transaction with NeighborWorks® America, HUD or other government funders in conformance with the privacy act; and,
- (c) Obtain my/our report and review my/our credit file for informational inquiry purposes;
- (d) Permit NeighborWorks® America or its authorize representatives, duly designated third-party contractors and/or agents (for program evaluations purposes) to retrieve and review client credit information and records, including credit reports, up to two (2) additional times between client intake date and June 30, 2013 and to conduct follow-up interviews/communications with clients for program evaluations purposes.

Authorization is further granted to NHS to use a photostatic copy of my/our signatures below, to obtain information regarding any of these items.

I/We understand that any intentional or negligent representation(s) of the information contained on this form may result in civil liability and/or criminal liability under the provisions of Title 18, United States Code, Section 1001.

Name of Applicant (Please Print)

Name of Co-Applicant (Please Print)

Signature of Applicant

Date

Signature of Co-Applicant

Date

Social Security Number

Social Security Number

Lender

Loan #

Lender

Loan #

Prop. Address: _____

Password



ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT

In making this request for consideration under the Making Home Affordable Program, I certify under penalty of perjury:

1. That all of the information in this document is truthful and the event(s) identified on page 1 is/are the reason that I need to request a modification of the terms of my mortgage loan, short sale or deed-in-lieu of foreclosure.
2. I understand that the Servicer, the U.S. Department of the Treasury, or their agents may investigate the accuracy of my statements and may require me to provide supporting documentation. I also understand that knowingly submitting false information may violate Federal law.
3. I understand the Servicer will pull a current credit report on all borrowers obligated on the Note.
4. I understand that if I have intentionally defaulted on my existing mortgage, engaged in fraud or misrepresented any fact(s) in connection with this document, the Servicer may cancel any Agreement under Making Home Affordable and may pursue foreclosure on my home.
5. That: my property is owner-occupied; I intend to reside in this property for the next twelve months; I have not received a condemnation notice; and there has been no change in the ownership of the Property since I signed the documents for the mortgage that I want to modify.
6. I am willing to provide all requested documents and to respond to all Servicer questions in a timely manner.
7. I understand that the Servicer will use the information in this document to evaluate my eligibility for a loan modification or short sale or deed-in-lieu of foreclosure, but the Servicer is not obligated to offer me assistance based solely on the statements in this document.
8. I am willing to commit to credit counseling if it is determined that my financial hardship is related to excessive debt.
9. I understand that the Servicer will collect and record personal information, including, but not limited to, my name, address, telephone number, social security number, credit score, income, payment history, government monitoring information, and information about account balances and activity. I understand and consent to the disclosure of my personal information and the terms of any Making Home Affordable Agreement by Servicer to (a) the U.S. Department of the Treasury, (b) Fannie Mae and Freddie Mac in connection with their responsibilities under the Homeowner Affordability and Stability Plan; (c) any investor, insurer, guarantor or servicer that owns, insures, guarantees or services my first lien or subordinate lien (if applicable) mortgage loan(s); (d) companies that perform support services in conjunction with Making Home Affordable; and (e) any HUD-certified housing counselor.

Borrower Signature	Date
Co-Borrower Signature	Date

HOMEOWNER'S HOTLINE

If you have questions about this document or the modification process, please call your servicer.

If you have questions about the program that your servicer cannot answer or need further counseling, you can call the Homeowner's HOPE™ Hotline at 1-888-995-HOPE (4673). The Hotline can help with questions about the program and offers free HUD-certified counseling services in English and Spanish.



NOTICE TO BORROWERS

Be advised that by signing this document you understand that any documents and information you submit to your servicer in connection with the Making Home Affordable Program are under penalty of perjury. Any misstatement of material fact made in the completion of these documents including but not limited to misstatement regarding your occupancy in your home, hardship circumstances, and/or income, expenses, or assets will subject you to potential criminal investigation and prosecution for the following crimes: perjury, false statements, mail fraud, and wire fraud. The information contained in these documents is subject to examination and verification. Any potential misrepresentation will be referred to the appropriate law enforcement authority for investigation and prosecution. By signing this document you certify, represent and agree that:

“Under penalty of perjury, all documents and information I have provided to Lender in connection with the Making Home Affordable Program, including the documents and information regarding my eligibility for the program, are true and correct.”

If you are aware of fraud, waste, abuse, mismanagement or misrepresentations affiliated with the Troubled Asset Relief Program, please contact the SIGTARP Hotline by calling 1-877-SIG-2009 (toll-free), 202-622-4559 (fax), or www.sig tarp.gov. Mail can be sent to Hotline Office of the Special Inspector General for Troubled Asset Relief Program, 1801 L St. NW, Washington, DC 20220.



Dodd-Frank Certification

The following information is requested by the federal government in accordance with the Dodd-Frank Wall Street Reform and Consumer Protection Act (Pub. L. 111-203). **You are required to furnish this information.** The law provides that no person shall be eligible to receive assistance from the Making Home Affordable Program, authorized under the Emergency Economic Stabilization Act of 2008 (12 U.S.C. 5201 *et seq.*), or any other mortgage assistance program authorized or funded by that Act, if such person, in connection with a mortgage or real estate transaction, has been convicted, within the last 10 years, of any one of the following: (A) felony larceny, theft, fraud or forgery, (B) money laundering or (C) tax evasion.

Borrower	Co-Borrower
<input type="checkbox"/> I have not been convicted within the last 10 years of any one of the following in connection with a mortgage or real estate transaction: (a) felony larceny, theft, fraud or forgery, (b) money laundering or (c) tax evasion	<input type="checkbox"/> I have not been convicted within the last 10 years of any one of the following in connection with a mortgage or real estate transaction: (a) felony larceny, theft, fraud or forgery, (b) money laundering or (c) tax evasion

In making this certification, I/we certify under penalty of perjury that all of the information in this document is truthful and that I/we understand that the Servicer, the U.S. Department of the Treasury, or their agents may investigate the accuracy of my statements by performing routine background checks, including automated searches of federal, state and county databases, to confirm that I/we have not been convicted of such crimes. I/we also understand that knowingly submitting false information may violate Federal law.

Borrower Signature

Date

Co-Borrower Signature

Date





DISCLOSURE REGARDING AGENCY RELATIONSHIPS

NHS is a not-for-profit organization that gets its income from grants and fees it charges for its services. When you enter into a discussion with your housing counselor, we want you to understand the nature of the counseling relationship. The Counselor has an obligation to provide you with information that will support your housing goal with the utmost care, integrity, and honesty.

Counseling is a counselor-to-client or counselor-to-group activity during which the counselor completes some or all of the following activities:

- Interviews you to obtain basic information about you, your family and your housing need, problem or goal
- Helps you determine a potentially realizable objective you set for yourself
- Identifies resources within the Agency (*such as loans, grants or rental opportunities*), within the community or government agencies, that might assist in meeting the client's need or resolving the client's problem
- Designs and explains a counseling plan that suggests how you can address your need or desire
- Recommends additional private or group counseling sessions conducted by the Agency or by other community organizations.

Counselor Obligations

Your counselor represents your interests and will provide you information and referrals on programs and resources that best meet your needs without regard to any other consideration. Your counselor cannot provide you with legal or financial advice; however your counselor will make recommendations based on his/her knowledge of programs related to your goal. To avoid steering, the recommendation will include competing sources as well. It is up to you to review the recommendation and make a choice about which company and services you want to apply for – whether or not the company was referred by the Counselor. You choose.

Statement Regarding Potential Conflicts of Interest

Your counselor may suggest programs or services offered by NHS or a partner that provides financial grants to NHS. Even though NHS may earn fees or receive payment from a funder, your counselor does not receive compensation (like commissions or bonuses) from such referrals. Some typical examples are:

Fee Income: NHS is a landlord and a lender. If you apply for and receive housing or a loan from NHS, you will be charged a fair market or reduced cost. All proceeds are returned to the agency to maintain our programs.

Grants: NHS may receive grants from the foundations of financial institutions. By law, foundation decisions are independent of any business relationships that the financial institution may have with NHS or its clients. In some cases, NHS receives transaction-specific grants (counseling fees) from banks that provide loans to our clients as a way of helping fund our counseling programs.

Your counselor will disclose whether your lender is expected to remit a grant in relationship to your transaction.

I/we acknowledge receipt of a copy of this disclosure and understand that NHS may receive fees or grants in connection with my transaction. I also acknowledge that I can request a list of current donors and that my counselor will disclose if there is a transaction-based grant or fee or other potential conflict related to the services I/we receive.

Client _____

Client _____

Date _____

Date _____



PRIVACY POLICY AND PRACTICES OF Eastbay Neighborhood Housing Services, Inc.

We at Eastbay Neighborhood Housing Services, Inc. - value your trust and are committed to the responsible management, use and protection of personal information. This notice describes our policy regarding the collection and disclosure of personal information. Personal information, as used in this notice, means information that identifies an individual personally and is not otherwise publicly available information. It includes personal financial information such as credit history, income, employment history, financial assets, bank account information and financial debts. It also includes your social security number and other information that you have provided us on any applications or forms that you have completed.

Information We Collect

We collect personal information to support our lending operations, financial fitness counseling and to aid you in shopping for and obtaining a home mortgage from a conventional lender. We collect personal information about you from the following sources:

- ❖ Information that we receive from you on applications or other forms,
- ❖ Information about your transactions with us, our affiliates or others,
- ❖ Information we receive from a consumer reporting agency, and
- ❖ Information that we receive from personal and employment references.

Information We Disclose

We may disclose the following kinds of personal information about you:

- Information we receive from you on applications or other forms, such as your name, address, social Security number, employer, occupation, assets, debts and income;
- Information about your transactions with us, our affiliates or others, such as your account balance, Payment history and parties to your transactions; and
- Information we receive from a consumer reporting agency, such as your credit bureau reports, your Credihistory and your creditworthiness.

To Whom Do We Disclose

We may disclose your personal information to the following types of unaffiliated third parties:

- Financial service providers, such as companies engaged in providing home mortgage or home equity loans,
- Others, such as nonprofit organizations involved in community development, but only for program Review, auditing, research and oversight purposes.

We may also disclose personal information about you to third parties as permitted by law.

Prior to sharing personal information with unaffiliated third parties, except as described in this policy, we will give you an opportunity to direct that such information not be disclosed.

Confidentiality and Security

We restrict access to personal information about you to those of our employees who need to know that information to provide products and services to you and to help them do their jobs, including underwriting and servicing of loans, making loan decisions, aiding you in obtaining loans from others, and financial counseling. We maintain physical and electronic security procedures to safeguard the confidentiality and integrity of personal information in our possession and to guard against unauthorized access. We use locked files, user authentication and detection software to protect your information. Our safeguards comply with federal regulations to guard your personal information.

Directing Us Not to Make Disclosures to Unaffiliated Third Parties

If you prefer that we not disclose personal information about you to unaffiliated third parties, you may opt out of those disclosures, that is, you may direct us not to make those disclosures (other than disclosures permitted by law).

- If you wish to opt out of disclosures to unaffiliated third parties other than nonprofit organizations involved in community development, you may check Box 1 on the attached Privacy Choices Form.
- If you wish to opt out of disclosures to nonprofit organizations involved in community development that are used only for program review, auditing, research and oversight purposes, you may check Box 2 on the attached Privacy Choices Form.

PRIVACY CHOICES FORM

If you want to opt out, that is direct us not to make disclosures about your personal information (other than disclosures permitted by law) as described in this notice, check the box or boxes below to indicate your privacy choices. Then send this form to the address listed below.

Box 1 - Limit disclosure of personal information about me to unaffiliated third parties other than nonprofit organizations involved in community development.

Box 2 - Limit disclosure of personal information about me to nonprofit organizations involved in community development that are used only for program review, auditing, research and oversight purposes.

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: CA Zip: _____

Phone Number: (____) ____ - _____

If you have checked any of the boxes above,
please mail this form in a stamped envelope to:

**Richmond (CA) Neighborhood Housing Services, Inc.
2320 Cutting Blvd., Richmond, CA 94804**

Please allow approximately 30 days from our receipt of your Privacy Choices Form for it to become effective. Your privacy instructions and any previous privacy instructions will remain in effect until you request a change.



2320 Cutting Boulevard
Richmond, CA 94804
Tel: (510)237.6459
Fax:(237.6482
www.eastbaynhs.org

Privacy Policy

East Bay NHS is committed to assuring the privacy of individuals and/or families who have contacted us for assistance. We realize that the concerns you bring to us are highly personal in nature. We assure you that all information shared both orally and in writing will be managed within legal and ethical considerations. Your “nonpublic personal information,” such as your total debt information, income, living expenses and personal information concerning your financial circumstances, will be provided to creditors, program monitors, and others only with your authorization and signature on the Foreclosure Mitigation Counseling Agreement. We may also use anonymous aggregated case file information for the purpose of evaluating our services, gathering valuable research information and designing future programs.

Types of information that we gather about you

- Information we receive from you orally, on applications or other forms, such as your name, address, social security number, assets, and income;
- Information about your transactions with us, your creditors, or others, such as your account balance, payment history, parties to transactions and credit card usage; and
- Information we receive from a credit reporting agency, such as your credit history.

You may opt-out of certain disclosures

1. You have the opportunity to “opt-out” of disclosures of your nonpublic personal information to third parties (such as your creditors), that is, direct us not to make those disclosures.
2. If you choose to “opt-out”, we will not be able to answer questions from your creditors. If at any time, you wish to change your decision with regard to your “opt-out”, you may call us at (510)237-6459 and do so.

Release of your information to third parties

1. So long as you have not opted-out, we may disclose some or all of the information that we collect, as described above, to your creditors or third parties where we have determined that it would be helpful to you, would aid us in counseling you, or is a requirement of grant awards which make our services possible.
2. We may also disclose any nonpublic personal information about you or former customers to anyone as permitted by law (e.g., if we are compelled by legal process).
3. Within the organization, we restrict access to nonpublic personal information about you to those employees who need to know that information to provide services to you. We maintain physical, electronic and procedural safeguards that comply with federal regulations to guard your nonpublic personal information.



2320 Cutting Boulevard
Richmond, CA 94804
Tel: (510)237.6459
Fax: (237.6482
www.eastbaynhs.org

Foreclosure Mitigation Counseling Agreement

1. I understand that Richmond Neighborhood Housing Services dba Neighborhood Housing Services of the Eastbay (East Bay NHS) provides foreclosure mitigation counseling after which I will receive a written action plan consisting of recommendations for handling my finances, possibly including referrals to other housing agencies as appropriate.
2. I understand that East Bay NHS receives Congressional funds through the National Foreclosure Mitigation Counseling (NFMC) program and, as such, is required to share some of my personal information with NFMC program administrators or their agents for purposes of program monitoring, compliance and evaluation.
3. I give permission for NFMC program administrators and/or their agents to follow-up with me the next three years for the purposes of program evaluation.

You may decline by signing here:

Client's signature _____ Date _____

Client's signature _____ Date _____

4. I acknowledge that I have received a copy of East Bay NHS's Privacy Policy.
5. I may be referred to other housing services of the organization or another agency or agencies as appropriate that may be able to assist with particular concerns that have been identified. I understand that I am not obligated to use any of the services offered to me.
6. A counselor may answer questions and provide information, but not give legal advice. If I want legal advice, I will be referred for appropriate assistance.
7. I understand East Bay NHS provides information and education on numerous loan products and housing programs and I further understand that the housing counseling I receive from East Bay NHS in no way obligates me to choose any of these particular loan products or housing programs.

As acknowledge that I read and understand this Disclosure my signature below:

Client's signature _____ Date _____

Client's signature _____ Date _____