



FONDOS DE PRÉSTAMO DE AYUDA PARA LA FAMILIA

DIVISIÓN PARA DISCAPACIDADES DE DESARROLLO
4055 South Lowell Blvd.
Denver, CO 80236
Teléfono: (303) 866-7450
FAX: (303) 866-7470
TDD: (303) 866-7471

PROPÓSITO:

El propósito de los Fondos de Préstamo de Ayuda para la Familia es de proveer acceso a un préstamo de interés bajo y a corto plazo para poder comprar servicios de ayuda para la familia, lo cual ayuda a mantener a un miembro de familia con una discapacidad de desarrollo en su hogar.

LAS QUIEN PUEDE APLICAR:

Solo familias que mantienen a un miembro de familia con discapacidades de desarrollo en su hogar son elegibles para hacer una aplicación de Préstamo de Ayuda para la Familia. Familias matriculadas en el Programa de Servicios de Ayuda para la Familia son elegibles para los Fondos de Préstamo. Sin embargo, el préstamo no puede ser compensado con fondos del Programa de Servicios de Ayuda.

COMO SE APLICAR:

El estado de Colorado está dividido en 20 áreas de servicio. Póngase en contacto con el agencia (CCB) que se encarga del área donde usted vive (vea la lista incluida en este panfleto) para que se determine su elegibilidad. El CCB tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad para recibir servicios y ayudas consolidados por el División para Discapacidades de Desarrollo (DDD) en este caso, los Fondos de Préstamo de Ayuda para la Familia.

El CCB debe de completar la determinación de elegibilidad en cierto tiempo. El tiempo necesario puede variar dependiendo en la disposición de la información necesaria para hacer esta determinación. Cuando se determine que esta elegible según la definición del estado, el CCB puede ayudar a la familia, si esta lo pide, a asegurar que se complete la aplicación para un préstamo.

CUANDO SE PUDE APLICAR:

El DDD aceptara aplicaciones durante el periodo que abarca del 15 de diciembre de 2013 hasta el 31 de enero de 2014. Las aplicaciones deben de incluir la firma de una persona del CCB que establece que el solicitante esta elegible para los servicios para personas con discapacidades del desarrollo. La falta de información necesaria en la aplicación para hacer una

determinación final acerca del préstamo causara que no se apruebe el préstamo.

Préstamos se revisará la semana del 31 de marzo y se le notificará de la decisión de 7 de abril de 2014. En mayo y junio 2014 se publicará comprobaciones.

DESCRIPCIÓN:

- ❖ La cantidad total de préstamo(s) para una sola familia no será más de \$8,000.
- ❖ Los préstamos pueden ser a un plazo máximo de sesenta (60) meses.
- ❖ El Tesorero del Estado De Colorado calcula el valor del interés basándose en el valor del ingreso anual del año fiscal pasado. El valor del interés para 2014 es 1.07%.
- ❖ Los préstamos deben de ser con el propósito de asistir en mantener a una persona con discapacidades del desarrollo en su hogar.
- ❖ El pago de este préstamo es la responsabilidad completa del solicitante o de los solicitantes. Fondos recibidos de parte del Programa de Servicios de Ayuda para la Familia no se pueden usar para pagar el préstamo.
- ❖ El DDD averiguara el crédito establecido por el/los solicitante(s) como parte del proceso de revisión de cada aplicación.
- ❖ Los recipientes de estos préstamos firmaran una nota promisoría. No se requiere garantía.
- ❖ Un requisito del préstamo es que se presente ante el DDD una prueba del gasto de las mercancías o servicios pagados con los fondos del préstamo en el plazo de seis meses a partir de préstamo.
- ❖ Deudas delincuentes más de 30 días pasaran al Departamento de Colecciones del Estado.
- ❖ Las aplicaciones que no tengan número(s) de Seguro Social no serán consideradas.

ASPECTOS:

El deseo de ser flexible a las circunstancias individuales de cada familia hace muy difícil, si no imposible, cubrir todas las posibilidades de ayudar a una familia. En lo siguiente hay varios ejemplos de los tipos de servicios y ayudas que se pueden comprar con un Préstamo de Ayuda para la Familia.

- ❖ Adaptaciones del hogar
- ❖ Materiales de Construcción/Labor
- ❖ Transportación Especializada
- ❖ Adaptaciones a la transportación
- ❖ Equipo especial/Ropa Especial
- ❖ Gastos Médicos/Dentales
- ❖ Otro

EXCLUSIONES:

Algunos artículos están específicamente excluidos de estos fondos de préstamo y no se aprobarán de ninguna manera. Los artículos que no se pueden pagar usando estos fondos de préstamo son gastos o costos naturales que cualquier familia necesita en su vida diaria para mantenerse, como por ejemplo:

- ❖ El costo de comprar una casa o mantener una hipoteca
- ❖ Gastos normales de mantener una casa.
- ❖ Artículos que no estén directamente relacionados con la discapacidad de la persona

- ❖ Peticiones que no estén directamente relacionadas con ❖ El costo de Terapias ahora o en el futuro mantener a la persona discapacitada en su hogar.

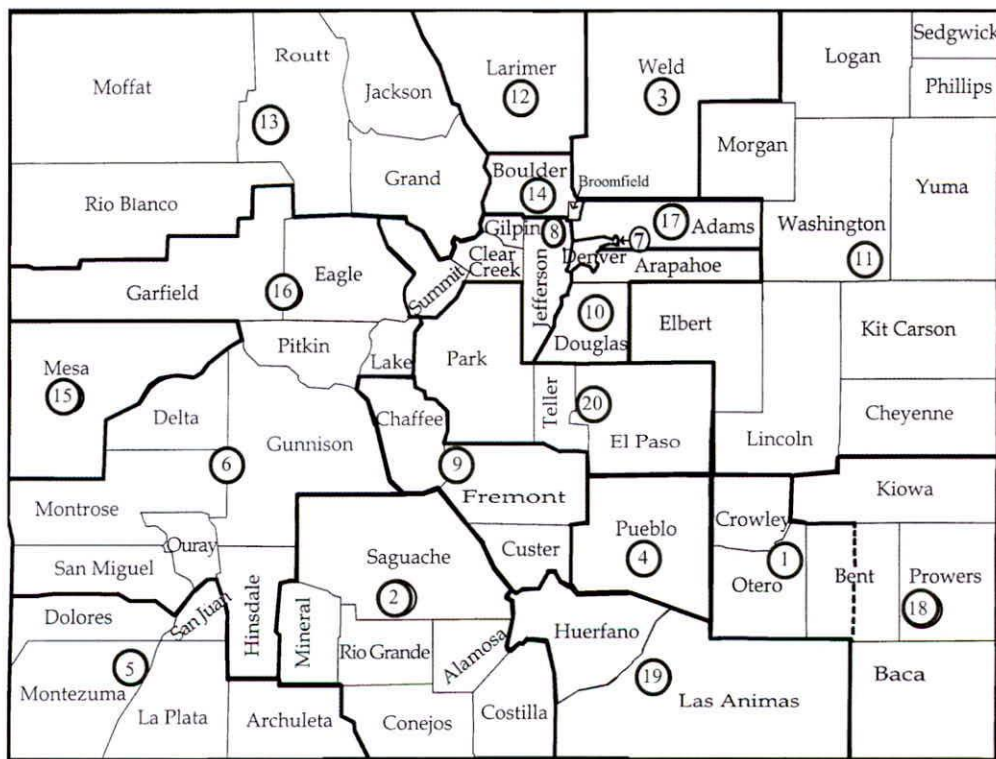
COMMUNITY CENTERED BOARDS

- (1) **Inspiration Field** (719) 384-8741
1500 San Juan Avenue, La Junta, CO 81050
- (2) **Blue Peaks Developmental Services** (719) 589-5135
703 Fourth Street, Alamosa, CO 81101
- (3) **Envision** (970) 339-5360
1050 37th Street, Evans, CO 80620
- (4) **Colorado Bluesky Enterprises** (719) 546-0572
115 West 2nd Street, Pueblo, CO 81003
- (5) **Community Connections** (970) 259-2464
281 Sawyer Drive, #200, Durango, CO 81303
- (6) **Community Options** (970) 249-1412
336 South 10th Street, Montrose, CO 81402
- (7) **Rocky Mountain Human Services** (303) 636-5600
9900 East Iliff Ave., Denver, CO 80246
- (8) **Developmental Disabilities Resource Center**
11177 W. 8th Avenue, Lakewood, CO 80215 (303) 233-3363
- (9) **Starpoint** (719) 275-1616
700 So. 8th Street, Canon City, CO 81215
- (10) **Developmental Pathways** (303) 360-6600
325 Inverness Drive South, Englewood, CO 80112

- (11) **Eastern Colorado Services** (970) 522-7121
617 South 10th Ave., Sterling, CO 80751
- (12) **Foothills Gateway** (970) 226-2345
301 Skyway Drive, Fort Collins, CO 80525
- (13) **Horizons Specialized Services** (970) 879-4466
405 Oak, Steamboat Springs, CO 80477
- (14) **Imagine!** (303) 665-7789
1400 Dixon Avenue, Lafayette, CO 80026
- (15) **Strive** (970) 243-3702
950 Grand Avenue, Grand Junction, CO 81502
- (16) **Mountain Valley Developmental Services** (970) 945-2306
700 Mount Sopris Drive, Glenwood Springs, CO 81602
- (17) **North Metro Community Services** (303) 457-1001
1001 West 124th Ave., Westminster, CO 80234
- (18) **Southeastern Developmental Services** (719) 336-3244
1111 South Fourth Street, Lamar, CO 81052
- (19) **Southern Colorado Developmental Services** (719) 846-4409
1205 Congress Drive, Trinidad, CO 81082
- (20) **The Resource Exchange** (719) 380-1100
418 South Weber, Colorado Springs, CO 80903

- | | |
|----------------------|-------------------|
| (2) - Alamosa | (18) - Kiowa |
| (17) - Adams | (11) - Kit Carson |
| (Except Aurora) | (16) - Lake |
| (10) - Arapahoe | (5) - La Plata |
| (5) - Archuleta | (12) - Larimer |
| (10) - Aurora (City) | (19) - Las Animas |
| (18) - Baca | (11) - Lincoln |
| (1) - Bent | (11) - Logan |
| (14) - Boulder | (2) - Mineral |
| (14) - Broomfield | (15) - Mesa |
| (10) - Chaffee | (13) - Moffat |
| (11) - Cheyenne | (5) - Montezuma |
| (8) - Clear Creek | (6) - Montrose |
| (2) - Conejos | (11) - Morgan |
| (2) - Costilla | (1) - Otero |
| (1) - Crowley | (6) - Ouray |
| (10) - Custer | (20) - Park |
| (6) - Delta | (11) - Phillips |
| (7) - Denver | (16) - Pitkin |
| (5) - Dolores | (18) - Prowers |
| (10) - Douglas | (4) - Pueblo |
| (16) - Eagle | (13) - Rio Blanco |
| (11) - Elbert | (2) - Rio Grande |
| (20) - El Paso | (13) - Routt |
| (10) - Fremont | (2) - Saguache |
| (16) - Garfield | (5) - San Juan |
| (8) - Gilpin | (6) - San Miguel |
| (13) - Grand | (11) - Sedgwick |
| (6) - Gunnison | (8) - Summit |
| (6) - Hinsdale | (20) - Teller |
| (19) - Huerfano | (11) - Washington |
| (13) - Jackson | (3) - Weld |
| (8) - Jefferson | (11) - Yuma |

Si tiene interés en averiguar más acerca de los Fondos de Préstamo de Ayuda para la Familia, haga el favor de ponerse en contacto con el CCB en su localidad. Los condados están listados alfabéticamente. Empareje el numero al lado del condado con el CCB que lo pertenece.





División para Discapacidades del Desarrollo
4055 So. Lowell Blvd.
Denver, CO 80236
Teléfono (303) 866-7450
FAX(303) 866-7470

Aplicación de Fondos de Préstamo de Ayuda Para La Familia

Debe de Completar Todas las secciones de esta Aplicación. No calificarán aplicaciones incompletas.

Información de los solicitante(s). (Complete el número dos en cada sección SOLAMENTE si pide un préstamo junto con otra persona)

Primer Nombre (Si cuenta conjunta, lista los solicitante(s))		Inicial del segundo Nombre	Apellido	
1. Solicitante Principal			1.	
2. Solicitante Secundario			2.	
Numero(s) de Seguro Social-necesario		Numero de su Licencia de Manejar y el Estado		
1.		1.		
2.		2.		
Fecha de Nacimiento	Código y Numero de Teléfono		Código y Numero de Teléfono para mensaje	
1.	()		()	
2.	()		()	
Domicilio (numero y calle)	# de Apartamento	Ciudad	Estado	Condado
1.				
2.				
Domicilio (Correo) (Si diferente que arriba)	Ciudad	Estado	Código Postal	
1.				
2.				
¿Cuanto tiempo ha vivido en este domicilio?	Solicitante Principal: En su residencia, Usted	Solicitante Principal: Numero de dependientes	Las edades	Solicitante Principal: Anote los nombres y edades de las personas en su hogar que califican por su Discapacidad de Desarrollo
1. Años: 2. Años:	Es Dueño: _____			
Meses: Meses:	Renta: _____			
	Otro: _____			Nombre _____ Edad _____
Solicitante Principal: Domicilio Anterior de primera solicitante	# de Apartamento	Ciudad	Estado	Condado
Solicitante Principal: Lista dos familiares que no viven con usted.	Relación	Domicilio	Ciudad	Estado
1.				
2.				
				Código Postal
				Código y Numero del Teléfono
				()
				()

Nota: Puede ser requerido prueba de sus ingresos o impuestos para esta aplicación.

Nombre de la empresa donde trabaja (Si trabaja para usted mismo, el nombre de su empresa)		Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
1.					
2.					
¿Cuánto tiempo ha trabajado allí? :	Ocupación o título de se trabajo	Teléfono de trabajo	Ingreso anual presente que recibe en este empleo (antes impuestos)		
1. Años: 2. Años:	1.	()			
Meses: Meses:	2.	()			
Nombre de donde antes trabajaba	¿Cuanto tiempo ha Trabajado allí?	Otro ingreso cada mes (es OPCIONAL.) (Incluya este ingreso SOLAMENTE si quiere que se considere cuando se calcule su habilidad de pagar su deuda.)			
1.	1. Años: Meses:	TANF \$ (cada mes)			
2.	2. Años Meses	SSI \$ (cada mes)			
		SSDI \$ (cada mes)			
		Otros Programas del Condado, Estado O Federal (TANF) \$ (cada mes)			
		Asistencia de divorcio \$ (cada mes)			
		Asistencia para el ayuda de sus niños \$ (cada mes)			

Referencias de sus Finanzas (Cantidad de préstamo actual y la solicitud de préstamo futuro no puede superar los \$ 8,000.00)

¿Presentemente tiene un préstamo de Ayuda para la Familia? Sí ___ No ___ ¿Si, 'sí', cual es su saldo? \$ _____

¿Cuánto paga cada mes? \$ _____ ¿Ha estado en bancarrota? _____

Tipo de deuda	Prestador	Teléfono	Cuanto paga cada mes
Renta/Hipoteca		()	\$
Automóvil		()	\$
Otro:		()	\$
Otro:		()	\$

Lista TODAS las tarjetas de crédito que ahora mismo tienen un saldo: (Si necesita mas espacio, adhiera un papel a esta aplicación)

Nombre de la tarjeta de crédito	Número de la cuenta	Cantidad total debida	Cuanto paga cada mes
			\$
			\$
			\$
			\$

Préstamos se revisará la semana del 4 de marzo y se le notificará de la decisión de 1 de abril de 2013.

En mayo y junio 2013 se publicará comprobaciones. Preguntas: 303-866-7450

El propósito de estos préstamos: (Marque todas las que sean apropiadas)

1. Adaptación al hogar		2. Materiales de construcción		
3. Labor (adaptaciones / adiciones, etc.)		4. Transportación Especializada		
5. Adaptaciones a la transportación		6. Ropa Especial/ Equipo especial		
7. Gastos Médicos / Dentales		8. Otro		

Explique con detalles. Incluya:

1. El nombre de la(s) persona(s) con discapacidades que van a beneficiarse con este préstamo; _____

2. ¿Esta persona esta:
 A. Receviendo Medicaid? _____
 B. Esperando un rencia de Medicaid? _____
 C. Matriculada en un renuncia de Medicaid? _____

3. Como se va a beneficiar; _____

4. Especificar en que se va a gastar el dinero (incluya una lista de los gastos o una estimación de lo que espera gastar.) Use papel adicional si es necesario. Para que el DDD pueda aprobar un préstamo, esta sección tiene que estar detallada y tiene que conformar con las normas establecidas para los fondos de préstamo mencionados en la sección anterior y en el folleto incluido con esta aplicación.

Servicio o Suporte:	Gasto:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. ¿Cómo condición de aprobación del préstamo, que va a proveer como prueba de su gasto?

 _____ Iniciales _____

6. Cantidad de préstamo pidió: Lo máximo es \$8,000.00
 (Si Usted tiene un préstamo ahora, La cantidad máxima de los dos no pueden ser mas que \$8,000.00)
 \$ _____

Numero de meses que requiere para pagar esta deuda (de 1 a máximo de 60): _____

Declaración y Firma de el/los Solicitante(s)

Firmando, Yo/Nosotros Entiendo/Entendemos y estoy/estamos de acuerdo con lo siguiente: 1) Haciendo una aplicación para un préstamo de los servicios de ayuda para la familia he/hemos leído toda la información incluida con la aplicación; 2) toda la información incluida aquí es correcta y se puede confiar en ella; 3) Yo/Nosotros autorizo/amos a los División de Discapacidades del Desarrollo a que obtengan información acerca de mi/nuestro crédito establecido y deudas.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Segundo Solicitante: _____ Fecha: _____

EL REPRESENTANTE DEL CCB COMPLETARA DESPUES DE QUE LO(S) SOLICITANTE(S) COMPLETE(N) LA APLICACION. El préstamo no será procesado sin esta información. Ccb: el solicitante debe estar en ccms esperando por fssp o matriculados en fssp al tiempo del préstamo.

VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD: La Familia Satisface los Requisitos para el Programa Ayuda de la Familia y pueden aplicar para este préstamo. Sí ☐ No ☐

Nombre de Representante del CCB: _____ Nombre del CCB: _____

Firma: _____ Titulo del Representante: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Nombre de la persona que califican por su Discapacidad de Desarrollo _____ Edad _____