



**COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO  
DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA**  
PO BOX 13583, SAN JUAN PUERTO RICO 00908-3583



**SOLICITUD DE PRESTAMO**

**Para Uso Exclusivo de la Cooperativa**

<input type="checkbox"/> Préstamo Nuevo				<input type="checkbox"/> Renovación		<input type="checkbox"/> Refinanciamiento		<input type="checkbox"/> Otros:		
No. Socio:			Tipo Préstamo:			%		No. Pagaré:		
Propósito del Préstamo:										
Cantidad Solicitada		Meses/Plazos		Pago mensual		Ultimo pago		Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Descuento Nominal		
<b>Información del Solicitante</b>										
Nombre Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Apodo		Fecha Nacimiento		Seguro Social
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No Casado [incluye soltero, divorciado o viudo]										
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Lic. Conducir <input type="checkbox"/> Otro:										
Núm. _____		Vencimiento: ____   ____   ____				Emitido en: _____				
Dependientes: _____		Edades: _____		Dirección Postal: _____		Ciudad/País _____		Zip Code _____		
Dirección Residencial: _____				Casa : <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro		Tenedor de la Hipoteca o Arrendador _____				
Teléfono Residencial: _____			Teléfono Celular: _____			Pago Mensual: \$ _____				
Dirección anterior (si ha residido menos de tres años en Dirección Actual)						Ciudad/País _____		Zip Code _____		
Nombre del Patrono: _____				Teléfono: _____		Tiempo en empleo: _____ (años)		Tiempo: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo		
Dirección _____						Puesto/ocupación: _____				
Nombre Supervisor: _____				Salario: <input type="checkbox"/> Bruto \$ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal		<input type="checkbox"/> Neto \$ <input type="checkbox"/> Bisemanal				
Otros Ingresos : <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Otro   Cantidad:\$ _____						<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal		Total de Ingresos _____		
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal										
Familiar cercano [que no viva con usted] _____						Dirección: _____				
Lugar de trabajo: _____		Parentesco: _____		Tel Trabajo: (    ) _____		Tel Residencia:(    ) _____				
Información del: <input type="checkbox"/> Co-solicitante <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Otro										
Nombre Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Apodo		Fecha Nacimiento		Seguro Social
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No Casado [incluye soltero, divorciado o viudo]										
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Lic. Conducir <input type="checkbox"/> Otro:										
Núm. _____		Vencimiento: ____   ____   ____				Emitido en: _____				
Dependientes: _____		Edades: _____		Dirección: _____						
Dirección Residencial _____				Casa : <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro		Tenedor de la Hipoteca o Arrendador _____				
Tel. Residencia: _____			Tel. Celular: _____			Pago Mensual: \$ _____				
Dirección anterior (si ha residido menos de tres años en Dirección Actual)						Ciudad/País _____		Zip Code _____		
Nombre Patrono _____			Tel. Empleo _____		Tiempo en el empleo: _____		<input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> completo			
Dirección empleo _____						Puesto/ocupación _____				
Supervisor: _____		Salarios: Bruto \$ _____		Neto:\$ _____		<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semanal				
Otros Ingresos : <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Otro   Cantidad:\$ _____						<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal		Total de Ingresos _____		
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal										

- No es necesario incluir los ingresos por concepto de pensiones alimentarias o manutención de menores si usted no desea que se consideren para el pago de esta obligación.
- ¿Ha estado recibiendo tratamiento médico o ha padecido de alguna enfermedad durante el último año que le ha impedido o podrá impedirle trabajar?  SI     NO
- Acepto Seguro de Vida  SI     NO
- Autorizo descontar el préstamo y/o ahorros la suma de \$ \_\_\_\_\_ para acreditar a las acciones.

Bienes Inmuebles:	Descripción	Acreedor	Valor Mercado	Pago Mensual	Balance adeudado

Vehículos Motor:	Descripción	Acreedor	Valor Mercado	Pago Mensual	Balance adeudado

**ASEGURESE DE FIRMAR ESTA SOLICITUD**

**CERTIFICO** que la información suministrada es cierta y correcta y que la Cooperativa de A/C del Depto. Agricultura retendrá esta solicitud fuera o no aprobada la misma. Autorizo a la Cooperativa del Depto. De Agricultura a investigar mi historial de crédito y comprobar las referencias aquí contenidas o declaraciones y otra información obtenida de mi o de cualquiera otra persona con relación a mi crédito y responsabilidad financiera y a divulgar a cualquier Agencia de información de crédito información obtenida respecto a su experiencia de crédito con los suscribientes.

FIRMA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA CO-SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO  
DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA**  
PO BOX 13583, SAN JUAN PUERTO RICO 00908-3583



**INFORMACION DEL CO-DEUDOR**

Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apodo	Fecha Nacimiento	Seguro Social
Estado Civil: <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> No Casado [incluye soltero, divorciado o viudo]						
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Lic. Conducir <input type="checkbox"/> Otro:						
Núm. _____ Vencimiento: ____/____/____ Emitido en: _____						
Dependientes: _____		Edades: _____		Dirección Postal: _____		Ciudad/País _____ Zip Code _____
Dirección Residencial: _____				Casa : <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro		Tenedor de la Hipoteca o Arrendador _____
Teléfono Residencial: _____		Teléfono Celular: _____		Pago Mensual: \$ _____		
Dirección anterior (si ha residido menos de tres años en Dirección Actual)				Ciudad/País _____		Zip Code _____
Nombre del Patrono: _____			Teléfono: _____		Tiempo en empleo: _____ (años)	
			( )		Tiempo: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
Dirección						Puesto/ocupación: _____
Nombre Supervisor: _____				Salario: <input type="checkbox"/> Bruto \$ <input type="checkbox"/> Neto \$		
				Mensual Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal		
Otros Ingresos : <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Otro   Cantidad:\$ _____					Total de Ingresos _____	
					<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal	
Familiar cercano [que no viva con usted]						Dirección: _____
Lugar de trabajo: _____		Parentesco: HIJA		Tel Trabajo: ( ) _____		Tel Residencia:( ) _____
Firma _____ ✓ Fecha _____						

**Información del Co-deudor**

Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apodo	Fecha Nacimiento	Seguro Social
Estado Civil: <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> No Casado [incluye soltero, divorciado o viudo]						
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Lic. Conducir <input type="checkbox"/> Otro:						
Núm. _____ Vencimiento: ____/____/____ Emitido en: _____						
Dependientes: _____		Edades: _____		Dirección: _____		
Dirección Residencial				Casa : <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro		Tenedor de la Hipoteca o Arrendador _____
Tel. Residencia: _____		Tel. Celular: _____		Pago Mensual: \$ _____		
Dirección anterior (si ha residido menos de tres años en Dirección Actual)				Ciudad/País _____		Zip Code _____
Nombre Patrono			Tel. Empleo		Tiempo en el empleo: <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> completo	
Dirección empleo					Puesto/ocupación _____	
Supervisor: _____		Salarios: Bruto \$ _____		Neto:\$ _____		
				<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semanal		
Otros Ingresos : <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Otro   Cantidad:\$ _____					Total de Ingresos _____	
					<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal	
Familiar cercano [que no viva con usted]						Dirección: _____
Lugar de trabajo: _____		Parentesco: _____		Tel Trabajo: ( ) _____		Tel Residencia:( ) _____
Firma _____ Fecha _____						

**PARA USO DE LA COOPERATIVA**

Clasificación:  H  M  L

OFAC Revisado por: \_\_\_\_\_ Chexsystem Revisado por: \_\_\_\_\_

Solicitud procesada por : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA USO OFICIAL DE CREDITO/GERENTE COMITÉ CREDITO ADMINISTRATIVO**

Comentarios: _____	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado
Firma autorizada: _____	Fecha de aprobación: _____
Firma autorizada: _____	

**PARA USO COMITÉ CREDITO**

Comentarios: _____	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado
Firma autorizada: _____	Fecha de aprobación: _____
Firma autorizada: _____	

**PARA USO DEL COMITÉ DE SUPERVISION**

Comentarios: _____	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado
Firma autorizada: _____	Fecha de aprobación: _____
Firma autorizada: _____	



# COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE PUERTO RICO

## CERTIFICACION DE EMPLEO

**CERTIFICO** que el (la) solicitante \_\_\_\_\_ cuyo número de Seguro Social es \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, actualmente es empleado de esta Agencia. Que a la fecha de esta certificación no ha presentado carta de renuncia, y al presente no se contempla separarlo del servicio. Que la información provista en este documento es correcta.

El solicitante ocupa un puesto con carácter:

<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Probatorio	<input type="checkbox"/> Confianza	<input type="checkbox"/> Transitorio
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

El solicitante actualmente se encuentra en:

<input type="checkbox"/> Candidato a Jubilación <i>En un término menor o igual a un año</i>	<input type="checkbox"/> Licencia sin Sueldo:	Desde	
		Hasta	
	<input type="checkbox"/> Fondo Seguro Estado:	Desde	
		Hasta	

El (la) participante recibe:

SUELDO	BRUTO:\$	NETO:\$
--------	----------	---------

Teléfono para verificación: (787) \_\_\_\_\_

**AUTORIZO** a la Cooperativa de Ahorro y Crédito del Departamento de Agricultura a revisar el Historial de Crédito y Empleo que exista y divulgar a cualquier Agencia de Información de Crédito todo hecho o circunstancia respecto a la experiencia de crédito con la Cooperativa. Entiendo que la Cooperativa retendrá en su récord esta CERTIFICACION fuera o no aprobada la misma. La utilización del singular en esta CERTIFICACION se entenderá en plural si más de una persona firma este documento.

**NOTA IMPORTANTE:** SOLO LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DE SU AGENCIA DEBERA LLENAR ESTE DOCUMENTO. NO PUEDE TENER BORRONES, CORRECCIONES O TACHADURAS.

_____ Agencia	_____ Fecha Certificación
 _____ Firma del Director (a) de Recursos Humanos o su Representante Autorizado	

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

(1) Firma del Co-deudor: \_\_\_\_\_ (2) Firma del Co-deudor: \_\_\_\_\_

PARA USO OFICIAL DE LA COOPERATIVA
<b>OBSERVACIONES:</b>



**COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO  
DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA**  
SAN JUAN, PUERTO RICO 00908-3583. AVE. FERNANDEZ JUNCOS. PDA. 19

## FACTURA DE DESCUENTO POR NOMINA


	FECHA	
	NUMERO DE SOCIO	
	ACCIONES	
	CUOTA	
	AHORROS	
	AHORRO - ATH	
	X-MAS	
	VERANO	
	PREST. REGULAR	
	PREST. EMERGENCIA	
	PREST. VERANO	
	LINIA CREDITO	
	DESCUENTO TOTAL	

Estimados señores: *De conformidad con la Ley 204 del 1951, agradeceremos se efectúe el siguiente cambio en el descuento autorizado mensual:*

Nombre del Socio	Núm. Seguro Social
ANTES DEL CAMBIO	DESPUES DEL CAMBIO

En caso de renuncia, jubilación, muerte, cambio de agencia o empleo, o que surjan facturas al cobro, autorizo a la Cooperativa que envíe esta Orden de Descuento a la Agencia correspondiente para la liquidación de dicha deuda.

**Rolando Calderón Padilla**  
Presidente Ejecutivo

_____ Firma del Socio	
_____ Firma del Co-Deudor	_____ Firma del Co-Deudor

### **EQUAL CREDIT OPPORTUNITY ACT NOTICE**

The "Federal Equal Opportunity Act" prohibits creditors from discriminating against credit applicants on the bases of race, color, religion, national origin, sex, marital status, age (provided that the applicant has the capacity to enter into a binding contract), because all or part of the applicant's income derives from any public assistance program, or because the applicant has, in good faith, exercised any right under the "Consumer Credit Protection Act". The federal Agency that administers compliance with this Law concerning COOP A/C DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA PR is: Federal Trade Commission, Pennsylvania Avenue at 6 th Street NW, Washington DC 205580.

### ***NOTIFICACION DE LA LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE CREDITO***

*La "Ley Federal de Igualdad de Oportunidad en el Crédito", prohíbe que los acreedores discriminen contra solicitantes de crédito por razones de raza, color, religión, sexo, origen de nacionalidad, edad (si el solicitante tiene capacidad legal para contratar), porque todo o parte del ingreso del solicitante se derive de un programa público de derecho bajo la "Ley de Protección de Crédito del Consumido". La Agencia Federal que administra el cumplimiento de esta Ley concerniente a la COOP A/C DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA PR es: Federal Trade Commission, Pennsylvania Avenue at 6 th Street NW, Washington DC 205580.*

### **NOTICE TO APPLICANT RIGHT TO FINANCIAL PRIVACY ACT**

This is notice to you as required by the "Right to Financial Privacy Act of 1978", that the Department of Housing and Urban Development (HUD), or the Veterans Administration Loan Guaranty Division (VA)- whichever is applicable in your case-has a right of access to financial records involving your transaction will be available to HUD or VA (whichever is applicable to your case) without further notice or authorization but will not be disclosed or released to another Government Agency or Department without your consent except as required or permitted by Law.

### ***NOTIFICACION AL SOLICITANTE SOBRE LA LEY DE DERECHO A LA PRIVACIDAD FINANCIERA DEL 1978***

*Esta es una notificación a usted (es), según requerida por la "Ley de Derecho a Privacidad Financiera de 1978", de que el Departamento Federal de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), o la División de Garantía de Préstamos de la Administración de Veteranos (VA), la que sea aplicable en su caso, tiene derecho al acceso a records financieros en posesión de una institución Financiera relacionados con la consideración o administración de asistencia a usted (es). Los records financieros relacionados con su transacción estarán disponibles a HUD o VA, la que sea aplicable a su caso - sin mas ninguna notificación a, o autorización de usted (es), pero no serán revelados o remitidos a otra Agencia o Departamento de Agricultura Gubernamental sin su consentimiento, excepto según lo requiera o permita la Ley.*

---

Socio

---

Co-Solicitante - Co-Deudor

**NOTIFICACION POST CIERRE DE LA LEY DE INFORMES JUSTOS DE CREDITO  
(Fair Credit Reporting Act)**

**Préstamo Número:**

**Fecha del Préstamo:**

En referencia al préstamo arriba indicado, ésta notificación después del cierre está siendo provista según requerido por la Ley de Informes Justos de Crédito (*Fair Credit Reporting Act - FCRA*).

Podemos ofrecer información sobre su cuenta a agencias informadoras de crédito. Pagos en atraso, pagos no hechos y otro tipo de delincuencia en su cuenta puede aparecer en su informe de crédito.

**Deudor, Co-deudor o Garantizador**

**Fecha**

**Deudor, Co-deudor o Garantizador**

**Fecha**



**POST CLOSING FCRA NOTICE**

**Loan Number:**

**Loan Date:**

*In connection with the above referenced loan, this post closing notice is provided as required by the Fair Credit Reporting Act.*

*We may report information about your account to credit bureaus. Late payments, missed payments, or other defaults o your account may be reflected in your credit report.*

**Borrower, Co-borrower or guarantor**

**Date**

**Borrower, Co-borrower or guarantor**

**Date**



## COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA

### VALIDACIÓN DE IDENTIDAD

Núm. Préstamo/Cuenta		Entrevistador(a)	
----------------------	--	------------------	--

#### I. Revisé las identificaciones y CERTIFICO que validé la identidad del (los) Cliente (s)

Nombre del Solicitante		Ultimos 4 SS	
Dirección Física			
Dirección Postal			





#### SOLICITANTE:

Licencia Conducir		Fecha Vigencia		Estado	
Pasaporte Núm.		Fecha Vigencia		Estado	
Otro:		Fecha Vigencia		Estado	
Observaciones					


#### CO-SOLICITANTE o CO-DEUDOR

Licencia Conducir		Fecha Vigencia		Estado	
Pasaporte Núm.		Fecha Vigencia		Estado	
Otro:		Fecha Vigencia		Estado	
Observaciones					

#### II. Revisé las identificaciones y CERTIFICO que validé la identidad del (los) Cliente(s)

FIRMA DEL OFICIAL 			
Nombre (En letra de molde) 			FECHA:
FIRMA DEL SOCIO 			
Nombre (En letra de molde) 			FECHA:

#### III. Certifico que entregé las identificaciones arriba mencionadas:

FIRMA DEL CO-DEUDOR O CO-SOLICITANTE 		FECHA:
Nombre en Letra de Molde 