



SOLICITUD DE PRÉSTAMO

Cantidad Solicitada \$ Tipo de Préstamo: Propósito del Préstamo: Término: Número de socio:

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre: Inicial: Apellidos: Dirección Residencial: Pueblo: Código Postal: Dirección Postal: Pueblo: Código Postal: Teléfonos: Tiempo en esa dirección: Casa: Propia Alquilada Vive con Familiar: Estado Civil: Soltero Casado Otros Seguro Social: Fecha de Nacimiento: D D M M A A Licencia conducir: Cuántos Dependiente: ¿Trabaja por cuenta propia? Nombre y Dirección de la Empresa donde Trabaja: ¿Cuántos años en el empleo? Puesto que ocupa: Ingreso Mensual (Bruto): \$ Nombre del Supervisor Inmediato: Teléfono del Patrono: Otros Ingresos: Semanal Bisemanal Quincenal Mensual

Pensión alimentaria o sustento por separación mediante sentencia de divorcio no tienen que ser declaradas si no desea considerarlos como parte del Ingreso. Si desea que se consideren como parte de los ingresos con relación a esta solicitud, indique la cantidad y método de pago. \$ Semanal Bisemanal Quincenal Mensual

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre del Familiar más cercano que no viva con usted: Parentesco: Tel: Dirección Residencial: Pueblo: Código Postal: Nombre del Pariente más cercano que no viva con usted: Parentesco: Tel: Dirección Residencial: Pueblo: Código Postal: Nombre del Pariente más cercano que no viva con usted: Parentesco: Tel: Dirección Residencial: Pueblo: Código Postal:

INFORMACIÓN SOBRE EL CO-SOLICITANTE O CO-DEUDOR

Nombre: Inicial: Apellidos: Dirección Residencial: Pueblo: Código Postal: Seguro Social: Fecha de Nacimiento: D D M M A A Licencia de conducir: Estado Civil: Soltero Casado Otros Nombre y dirección de la empresa donde Trabaja: Tel. del Patrono: Tel. Celular: ¿Trabaja por cuenta propia? Años en el empleo: Puesto que ocupa: Supervisor inmediato: Ingreso Mensual (Bruto): \$

¿DESEA CANCELAR O HACER ALGÚN PAGO A ALGUNA CUENTA? * SI NO

Table with 5 columns: Nombre de la Institución, Número de Cuenta, Balance, Cancelar, Abonar. Rows 1, 2, 3.

* Debe continuar haciendo los pagos regulares a la deuda, hasta que el cheque de la cancelación sea aplicado en su cuenta. La Cooperativa no será responsable por algún balance que quede en la cuenta o cualquier cargo por demora incurrido durante el tiempo que demore la aplicación del pago de cancelación. La cantidad del pago que será aplicada a la deuda será hasta donde cubra el crédito aprobado.

Acciones Requeridas: \$ Sobrante después de pagos y completar colateral: (Si Aplica) \$

Certifico que todo lo expuesto en este documento es cierto y correcto y que MEDICOOP retendrá esta solicitud sea o no aprobada la misma. Autorizo a MEDICOOP a obtener un historial de crédito, a través de una agencia de crédito, así como corroborar mi empleo y fuente de ingresos. Además, divulgar a cualquier agencia de crédito la información obtenida en el proceso de esta solicitud. Entiendo que MEDICOOP podría requerir más información para procesar esta solicitud, y que la misma está sujeta a la aprobación de crédito.

Firma del Solicitante: Fecha: Firma del Co-Solicitante: Fecha:

Para uso de MEDICOOP

___ Aprobado Cantidad: \$ ___ Denegado Razón (es) para Denegación: Nombre y Firma Autorizada: Fecha de Aprobación: Comentarios: