

**Para una tramitación rápida,
Incluya certificación de empleo
y último talonario de pago.**

PUERTO RICO FEDERAL CREDIT UNION
PO Box 12011 San Juan, Puerto Rico 00922-2011

Núm. de Fax (787) 749-8765

SOLICITUD DE PRESTAMO

Referido por:

Teléfono Contacto:

Cantidad Solicitada \$	Tipo de Préstamo:	Propósito del Préstamo:	Termino:	Numero de socio:
---------------------------	-------------------	-------------------------	----------	------------------

INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre:	Inicial:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Dirección Residencial:		Pueblo:	Código Postal:
Dirección Postal:		Pueblo:	Código Postal:
		Teléfono Residencial:	
		Teléfono Celular:	
Años viviendo en esa dirección:	<input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Vivo con familiar:	Pago mensual por concepto de renta (si aplica):	Con que institución tiene su Hipoteca? (Si aplica)
Seguro Social	Fecha de Nacimiento	D D M M A A	Licencia de conducir
			Estado Civil
			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otros
Numero de dependientes:	Nombre y Dirección Empresa donde Trabaja	Fecha en que comenzó a trabajar:	<input type="checkbox"/> ¿Por Cuenta Propia? Años en su empleo:
Puesto que desempeña:	Ingreso Mensual: \$ (Bruto)	Supervisor Inmediato:	Teléfono del trabajo:
Otros Ingresos Corroborables: \$ _____ Semanal _____ Bisemanal _____ Quincenal _____ Mensual			
Sentencia de Divorcio, Sustento de menores o Manutención por Separación no tienen que ser declaradas si no desea considerarlos parte de su Ingreso. Si usted desea que se consideren como parte de sus ingresos con relación a esta solicitud, Indique método de pago. \$ _____ Semanal _____ Bisemanal _____ Quincenal _____ Mensual			

REFERENCIAS

Nombre del Pariente mas cercano que no viva con usted:	Parentesco:	Teléfono Familiar:
Dirección:		
Nombre del Pariente mas cercano que no viva con usted:	Parentesco:	Teléfono Familiar:
Dirección:		

INFORMACION SOBRE EL CO-SOLICITANTE O CO-DEUDOR

Nombre:	Inicial:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Dirección Residencial:		Pueblo:	Código Postal:
Seguro Social	Fecha de Nacimiento	D D M M A A	Licencia de conducir
			Estado Civil
			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otros
Nombre y dirección Empresa donde Trabaja:		Teléfono Trabajo:	
		Teléfono celular:	
Por Cuenta Propia:	Años en su Empleo:	Cargo que Desempeña:	Supervisor Inmediato:
		Ingreso Mensual: \$ (Bruto)	

SEGURO

Seguro de Vida e Incapacidad Total Y Permanente para el Balance del Préstamo.	Colateral Requerida en Acciones:	\$
<input type="checkbox"/> Sí Deseo el Seguro <input type="checkbox"/> No Deseo el Seguro () Iniciales	Sobrante después de pagos y completar colateral: (Si Aplica)	\$

Certifico que todo lo antes expuesto es cierto y correcto y que la Cooperativa retendrá esta solicitud fuera o no aprobada la misma. Autorizo al Puerto Rico Federal Credit Union (Miembro NCUA) a verificar el historial de Crédito y de empleo de los suscribientes y a divulgar a cualquier agencia de información de crédito la información obtenida al respecto. Entiendo que podría requerir información adicional y que esta sujeto a la aprobación de crédito.

FIRMAS

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

Para uso de la Cooperativa Únicamente

<input type="checkbox"/> Aprobado	Cantidad Aprobada: \$	<input type="checkbox"/> Denegado	Razón (es) para Denegación:
Firma Autorizada:	Fecha de Aprobación:	Comentarios:	